

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

732

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pearl LOMBARD, née GOLZMANN

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 17 juillet 1925, à KHARBINE (Chine)

Présentée et soutenue publiquement le

DE L'UTILISATION
EN PÉDO-PSYCHIATRIE
D'UN NOUVEAU DÉRIVÉ
DE LA PHÉNOTHIAZINE
LA THIORIDAZINE (Melleril ou T. P. 21)

Président : M. L. MICHAUX, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1962

DE L'UTILISATION en PEDO-PSYCHIATRIE
D'UN NOUVEAU DERIVE DE LA PHENOTHIAZINE

LA THIORIDAZINE (MELLERIL OU T.P. 21)



Digitized by the Internet Archive
in 2026



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCO (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCOQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MULON (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT (L.), PETIT-DUTAILLIS (D.), RICHTER (C.), STROHL (A.), TANON (L.),

Léon BINET
Membre de l'Institut.

Doyen

Jean VERNE.

Assesseur

I. — PROFESSEURS

Anatomie		
Anatomie (Chaire à titre personnel)		
Anatomie pathologique		
Anesthésiologie		
Bactériologie		
Biochimie médicale		
Biochimie médicale (chaire à titre personnel)		
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		
Biologie médicale		
Cancérologie médicale et sociale		
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)		
Clinique cardiologique (Broussais)		
Cliniques chirurgicales	{	Beaujon
		Cochin
		Hôtel-Dieu
		Saint-Antoine
		Salpêtrière
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		
Clinique endocrinologique (Pitié)		
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)		
Clinique gynécologique (Broca)		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)		
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)		
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		
Clinique des maladies du sang (Broussais)		
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		
Cliniques médicales	{	Broussais
		Bouicaud
		Cochin
		Hôtel-Dieu
		Pitié
		St-Antoine
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		
Clinique médicale propédeutique		
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		
Clinique neurologique		
Cliniques obstétricales	{	Baudelocque
		Foch
		Maternité
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laënnec)		
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)		
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)		
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		
Clinique stomatologique (Pitié)		
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)		
Clinique urologique (Cochin)		
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)		
Embryologie		
Embryologie (à titre personnel)		
Gérontologie		
Histoire de la médecine et de la chirurgie		
Histologie		

MM.

CORDIER (G.)
DELMAS (A.)
DELARUE (J.)
BAUMANN (J.)
FASQUELLE (R.)
JAYLE (M.-F.)
SCHAPIRA (G.)
CHAILEY-BERT (P.)
FAUVERT (R.)
BERNARD (J.)
REDON (H.)
MOUQUIN (M.)
SICARD (A.)
QUENU (J.)
PATEL (J.)
GOSSET (J.)
MOULONGUET (P.)
FEVRE (M.)
MERLE D'AUBIGNE
DE GAUDART-
D'ALLAINES (F.)
MATHEY (J.)
DECOURT (J.)
LAMY (M.)
FUNCK-BRENTANO
(P.)
DEGOS (R.)
CATHALA (J.)
MOLLARET (P.)
DELAY (J.)
HAMBURGER (J.)
MARCHAL (G.)
ALAJOUANINE (T.)
SOULIE (P.)
LENEGRE (J.)
BROUET (G.)
BARIETY (M.)
DREYFUS (G.)
KOURILSKY (R.)
DEBRAY (C.)
GENNES (L. de)
DEROT (M.)
DAVID (M.)
GARCIN (R.)
LACOMME (M.)
MERGER (R.)
VARANGOT (J.)
RENARD (G.)
AUBRY (M.)
MARIE (J.)
BERNARD (E.)
MICHAUX (L.)
LELONG (M.)
COSTE (F.)
DECHAUME (M.)
SENEQUE (J.)
LEMAIRE (A.)
FEY (B.)
DIJOURNO (A.)
GIROUD (A.)
TUCHMANN-
DUPLISSIS (A.)
BOURLIERE (F.)
SEZE (S. de)
VERNE (J.)

Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine du Travail	
Médecine légale	
Parasitologie	
Parasitologie (à titre personnel)	
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	
Pathologie expérimentale et comparée	
Pathologie médicale	
Pharmacologie et matière médicale	
Pharmacologie clinique (à titre personnel)	
Physiologie	
Physiologie (chaire à titre personnel)	
Physiologie appliquée (à titre personnel)	
Physiologie et pathologie obstétricale	
Physique médicale	
Propédeutique neurologique et neuro-biologique	
Radiologie médicale	
Technique chirurgicale	
Thérapeutique	

MM.
 DEPARIS (M.)
 TURPIN (R.)
 JOANNON (P.)
 DESOILLE (H.)
 PIEDELIEVRE (R.)
 GALLIARD (H.)
 BRUMPT (L.-C.)
 COUVELAIRE (R.)
 LAVIER (G.)
 MERKLEN (F.-P.)
 MILLIEZ (P.)
 CHEYMOL (J.)
 LEVY (Mlle J.)
 BINET (L.)
 PARROT (J.)
 BARGETON (D.)
 LEPAGE (F.)
 DOGNON (A.)
 CASTAIGNE (P.-P.)
 DESGREZ (H.)
 LEGER (L.)
 N...
 N...

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.), pr. s. ch.
Anatomie pathologique	{ BUSSET (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.) VOURC'H (G.)
Anesthésiologie	{ NEVOT (A.), pr. s. ch. BARBIER (P.)
Bactériologie	{ CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.) DESGREZ (P.), pr. s. ch.
Biochimie médicale ...	{ CARTIER (P.) POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie médicale	N...
Biologie appliquée à l'éducation physique	{ PLAS (F.)
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie.	DUPERRAT (B.)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie	N...
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) COUJARD (R.), pr. s. ch.
Histologie	{ MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses ..	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.), pr. s. ch.
Médecine légale	{ HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail ..	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	N...
Neurologie	LHERMITTE (F.)

MM.

Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie	{ BREGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-Rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.), agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie chirurgicale.	{ SCHNEIDER (J.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.)
Pathologie expérimentale	
Pathologie médicale ..	

MM.

Pathologie médicale ..	{	FREZAL (J.)
		HOUSSET (E.)
		LAROCHE (Cl.)
		LESOBRE (R.)
		MACREZ (C.)
		NICK (J.)
		PEQUIGNOT (H.), m. conf.
Pédiatrie- Puériculture	{	ROYER (P.)
		WOLFROMM (R.)
		JOSEPH (R.)
		MANDE (R.)
		MOZZICONACCI (P.)
Pharmacologie	{	POLONOVSKI (C.)
		ROSSIER (A.)
		BOISSIER (J.)
		LECHAT (P.)

MM.

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.), KELLERSHOHN (C.)
Pneumo-Phthisiologie ..	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile ..	DUCHE (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.)
	CHAPUT (Mme A.), m. conf. agr.
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT :

MM.

Anatomie	DEBEYRE (J.)	
Clinique chirurgicale ..	{	ABOULKER (P.)
		AMELINE (A.)
		HUGUIER (J.)
		OLIVIER (C.)
		PADOVANI (P.)
		POILLEUX (F.)
		ROUX (M.)
Clinique médicale	{	VERNE (J.-M.)
		BOUDIN (G.)
		CONTE (M.)
		DOMART (A.)
		PERRAULT (M.)
		RAMBERT (P.)
		THIEFFRY (S.)
		TURIAF (J.)

MM.

Clinique obstétricale ..	{	GRASSET (J.)
		MAYER (M.)
		RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologi- que	{	DESVIGNES (P.)
		OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino- laryngologique		MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture		LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.		BARUK (H.)
Clinique urologique ...		KUSS (R.)
Médecine du travail .		GAULTIER (M.)

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..	MM. HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.), Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURE (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs ..	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires ..	Mmes CONTET (J.)
	FORGET (F.)
	Mlles LAURENT (H.)
	LE NOIR (G.)
	QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur L. MICHAUX

Qui nous a fait l'honneur d'accepter de présider notre thèse et nous a donné les moyens de la réaliser.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde admiration et de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur agrégé D.-J. DUCHE

Qui, avec beaucoup de bienveillance
nous a aidée de ses conseils et nous
a fait profiter de sa grande expérience
en pédo-psychiatrie.

A la mémoire de Monsieur le Docteur R. GUEULLETTE

Qui fut notre premier Maître.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Madame le Docteur J. AUBRY

Monsieur le Docteur J. LE BEAU

Monsieur le Professeur M. PERRAULT

Monsieur le Professeur F. COSTE

Monsieur le Professeur M. LAMY

A Messieurs les Professeurs Agrégés,

F. DELBARRE, M. AUSSANNAIRE

Avec toute notre reconnaissance
pour leur enseignement au cours de
notre externat.

Au Docteur M.-L. JAMMET

Qui nous a toujours témoigné une
attention bienveillante ; qu'elle trouve
ici l'expression de notre affectueuse
reconnaissance.

A TOUS CEUX QUI NOUS ONT AIDEE
DANS LA REALISATION DE CE TRAVAIL

Monsieur le Docteur BERNARD

Qui a mis à notre disposition, avec
beaucoup de bienveillance, tous les
documents et l'expérimentation des
Laboratoires Sandoz.

Messieurs LASFARGUES, LAUT

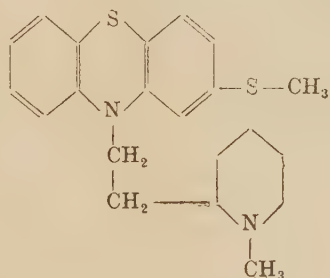
Mademoiselle LOTH

Internes du Service

AUX PSYCHOLOGUES
ET
AU PERSONNEL INFIRMIER
DU SERVICE DE Monsieur le Professeur L. MICHAUX

ETUDE CHIMIQUE ET PHARMACODYNAMIQUE

La Thioridazine ou T.P. 21 est la 3-méthylmercapto-10-(2'-(N-méthylpipéridyl-(2''))-éthyl-(1'))-phénothiazine (Bourquin et Coll.) ; c'est un nouveau dérivé, non halogéné, de la phénothiazine ; sa structure chimique est la suivante :



Pour l'étude détaillée des propriétés pharmacologiques de la thioridazine, nous renvoyons le lecteur aux travaux spécialisés. Nous voulons simplement souligner son action calmante sélective en ce qui concerne l'activité motrice, le médicament inhibant les réactions inadéquates de préférence aux réactions nécessaires à la conservation de l'organisme.

In vivo, l'action végétative de la thioridazine se répartit aussi bien dans la sphère adrénergique que vagale, et, de nombreuses données expérimentales laissent supposer que cette action végétative est essentiellement d'origine centrale.

Certains résultats, ne peuvent certes pas prouver la sélectivité de l'action végétative, mais la rendent probable : la thioridazine n'influence pas l'activité intestinale de l'animal normal au repos, mais inhibe la défécation émotionnelle, la thioridazine ne modifie pas le diamètre de la pupille de l'animal au repos.

ou la mydriase atropinique, mais elle diminue la mydriase morphinique (chez la souris blanche, la morphine provoque une mydriase, vraisemblablement par excitation générale et non par une action vagolytique).

Divers travaux ont démontré qu'il existe un parallélisme très étroit, entre l'action cataleptique chez l'animal et la fréquence des troubles secondaires parkinsoniens chez l'homme. La thioridazine n'exerce chez l'animal qu'une très faible action cataleptique, et ne provoque, d'après les essais cliniques faits jusqu'ici [4-7-9], que très rarement des syndromes parkinsoniens.

La thioridazine a une action bien inférieure à celle de la chlorpromazine, quant à l'activité motrice et à la potentialisation de la narcose, ce qui expliquerait le fait qu'elle ait peu tendance à provoquer une apathie et une somnolence chez le malade.

Les différents essais ont montré, que dans l'ensemble, la toxicité de la thioridazine est inférieure à celle de la chlorpromazine.

ETUDE CLINIQUE

Pendant un an et demi, nous avons employé la thioridazine chez des malades âgés de sept à vingt ans, atteints de troubles névrotiques ou psychotiques. Les vingt-quatre malades ainsi traités se groupent en quatre schizophrénies, deux névroses d'angoisse, cinq débiles avec troubles du comportement, deux comitiales avec troubles du comportement, une chorée avec troubles caractériels, une instable, trois bouffées délirantes, une hystérie, quatre déprimées et une malade ayant des tics. Nous avons observé dix-huit évolutions très favorables, cinq échecs complets, un résultat moyen.

Parmi ces malades, la plupart ont été soumis, dans un premier temps, à des thérapeutiques différentes de la thioridazine et, en général, ce n'est qu'après leur échec, que les malades ont été traités par la thioridazine.

En ce qui concerne les troubles caractériels, pour lesquels il est si difficile d'apprécier l'action des médicaments, nous avons toujours attendu, au minimum, huit jours avant d'administrer la thioridazine, afin de permettre au sujet de retrouver un équilibre par la seule séparation famille-enfant.

Les traitements par la thioridazine ont été surveillés par des examens du fond d'œil, de la numération globulaire, formule sanguine, des urines, des électroencéphalogrammes, des prises de la tension artérielle.

Nous avons employé la thioridazine sous forme de dragées dosées à 0,025 g., puis 0,050 g.

Les doses utilisées oscillent entre 0,100 g. par jour et 0,300 g. par jour, avec comme dose moyenne active 0,150 g. à 0,200 g. par jour.

Pour les doses supérieures à 0,100 g. par jour, nous avons augmenté de 0,050 g. à 0,100 g. par jour pour atteindre la dose maxima en trois à quatre jours.

La durée des traitements a varié entre quinze jours et un an et demi.

Le médicament est parfaitement accepté par les malades. Il ne provoque aucune sensation désagréable : en particulier, pas de somnolence (alors qu'elle est signalée, bien que rarement, chez les adultes), pas de vertiges, pas de nausées ; dans certains cas (rares d'ailleurs), une légère sécheresse de la bouche a été notée.

La thioridazine agit rapidement et ses effets se font sentir trois à huit jours après le début du traitement ; cependant, dans les cas graves (surtout lorsqu'il s'agit de troubles psychotiques), l'amélioration apparaît plus tardivement et s'affirme progressivement : ainsi, bien souvent, des résultats durables ne sont obtenus qu'au bout de six mois, voire un an de traitement. Il semble même important de prolonger le traitement suffisamment longtemps (six, huit mois à un an quelquefois) à doses fortes, puis de continuer (un temps variable, suivant l'état du malade et la valeur, soit de la guérison, soit de l'amélioration) à doses plus faibles et décroissantes, avant d'arrêter complètement la thioridazine.

Dans ces conditions, nous avons constaté que :

1. La thioridazine apaise, de façon constante, l'anxiété : c'est ce que nous avons observé chez certains schizophrènes, à qui elle a permis de reprendre contact avec le monde extérieur, et, sinon de guérir, du moins d'être, dans certains cas, réinsérés dans leur milieu familial ; dans un cas de névrose d'angoisse grave : chez une enfant ayant des tics importants et une anxiété telle que toute vie normale était impossible.

2. Elle calme l'agitation et l'agressivité, ce qui la classe parmi les neuroleptiques ; et, il semble que, sans avoir les inconvénients des autres dérivés de la phénothiazine, elle soit plus puissante.

3. Elle apparaît comme légèrement anti-dépressive, donnant à la fois au malade une euphorie et un tonus certains.

4. Enfin, dans certains cas, la thioridazine fait disparaître les hallucinations.

5. En ce qui concerne son action sur le poids, il est très difficile d'avoir des conclusions valables ; en effet, tous les enfants et surtout les adolescents prennent du poids régulière-

ment au cours de leur hospitalisation à la Salpêtrière. Cependant, chez une malade (tics), la guérison par la thioridazine a coïncidé avec une boulimie et une prise de poids très importantes, et cela, même après la sortie de l'enfant (observation 15).

Pas un seul des vingt-quatre malades traités à la thioridazine n'a présenté le moindre incident.

Deux malades ont accusé, au début, une légère sécheresse de la bouche.

Nous n'avons jamais observé ni fièvre, ni éruption cutanée, ni troubles hépatiques, ni chute de la tension artérielle.

L'examen du fond d'œil a toujours été normal (en particulier, il n'a jamais été trouvé, au niveau de la rétine, de pigmentations toxiques comme il en avait été signalées avec certains dérivés halogénés de la phénothiazine).

L'électroencéphalogramme est resté inchangé sous thioridazine.

La numération globulaire, formule sanguine n'a pas été modifiée, sauf dans un cas, où nous avons observé une légère leucopénie avec neutropénie transitoire et qui s'est réparée sans arrêt du médicament.

Dans les urines, nous n'avons trouvé ni sucre, ni albumine.

La galactorrhée, signalée chez l'adulte comme très fréquente [9], n'a jamais été trouvée.

Nous n'avons jamais vu apparaître de syndrome extra-pyramidal ; cependant, étant donné qu'il a été observé, de façon très exceptionnelle il est vrai, chez l'adulte, il pourrait peut-être se voir sur un nombre plus important d'observations.

Pour notre part, nous avons observé, dans deux cas, la régression, puis la disparition d'un syndrome extra-pyramidal très net lorsque la chlorpromazine a été remplacée par la thioridazine.

OBSERVATIONS

OBS. 1. — V... Elizabeth.

L'enfant, âgée de treize ans, est amenée à la consultation de la Salpêtrière le 22 mai 1959 pour des troubles du comportement d'allure schizophrénique : mutisme, opposition violente à sa famille, agressivité, périodes de prostration et, aux dires du père, quelques hallucinations (dragons, sorcières). Tous ces troubles sont apparus en mars 1959. Avant 1958, l'enfant était en parfaite santé, robuste du point de vue physique, et normale du point de vue comportement. A l'école, elle était avec des enfants de son âge et se classait dans la première moitié. Cependant, l'enfant a toujours été peu communicative, facilement inquiète et parfois hostile. A la suite de cette consultation, l'essai d'une psychothérapie donne de bons résultats mais transitoires, et, le 2 juillet 1959, après une rechute, l'enfant est hospitalisée à Esquirol.

Antécédents personnels : l'enfant est née à terme, normalement. Son frère jumeau serait débile. Elle a été nourrie au sein au début, puis rapidement sevrée. Le premier développement psycho-moteur est normal. Elle a eu la coqueluche et la varicelle ; a fait sa primo-infection en septembre 1957 et a été traitée par I.N.H. et P.A.S.

Antécédents familiaux : les parents sont divorcés. Elizabeth vit d'abord avec son père, remarié, puis dans une pension religieuse dont la directrice est sa tante. Elle est ballotée entre, d'une part son père et sa belle-mère avec laquelle elle ne s'entend guère, d'autre part sa mère.

Examen clinique : lors de son hospitalisation, le 2 juillet 1959, l'examen somatique montre une obésité importante, des troubles vasomoteurs. La puberté est en cours, mais l'enfant n'est pas réglée. Du point de vue psychiatrique, Elizabeth est à peu près muette, agressive, anxieuse, apathique.

Les tests ne donnent que des renseignements partiels, le contact étant très difficile.

Le 28 juin 1959, le niveau scolaire donne un niveau de lecture à 10-11 ans (cours moyen II), un niveau de calcul à 7-8 ans (cours élémentaire I), un niveau d'orthographe à 9-10 ans, (cours moyen I). Elle est incapable de faire les calculs mentalement ; elle lit très rapidement, mais ne semble pas du tout comprendre ce qu'elle lit et est incapable de le raconter. Le niveau en lecture et en orthographe est très supérieur au niveau en calcul.

Un W.I.S.C. donne un quotient intellectuel verbal à 70, un quotient intellectuel de performance à 95, un quotient intellectuel global à 80. Le contact est difficile, l'enfant manifeste peu d'intérêt et fait peu d'efforts. Très souvent l'enfant demeure le regard vague, dans une attitude figée, et ne répond qu'après quelques instants. Elle parle bas, est en général lente avec, rarement, des accès de rapidité. Elle est très inhibée sur le plan verbal, retrouve parfois difficilement ses mots : « je ne sais plus ». Les épreuves de performance sont moins faibles, mais elle a besoin d'être stimulée sinon elle abandonne ou persiste dans l'erreur. Les résultats sont irréguliers, certainement abaissés sur le plan verbal et ne peuvent fournir une évaluation correcte du niveau intellectuel. Il n'y a pas de bizarreries au cours des épreuves ; peut-être des confusions de mots, palissade et glissade, gendre et genre ?

En juin et août 1959, au cours des tests projectifs, le contact est très mauvais. L'enfant a une attitude figée, une expression inquiète, un léger tremblement des mains, elle touche à peine aux planches, ne les remet jamais d'elle-même.

Le Rorchach est très dépouillé et très pauvre, elle ne donne que quelques interprétations, le plus souvent les formes sont bien vues mais ne représentent qu'une partie du corps humain — deux jambes... deux mains — elle arrive cependant parfois, à l'enquête, à les compléter et les intégrer en une bonne interprétation kinesthésique et humaine. A d'autres moments, elle se cantonne dans des réponses très infantiles, aussi peu compromettantes que possible et elle refuse complètement les planches de couleur. Le protocole est pathologique par sa pauvreté extrême, la fuite du contact humain, le refus d'interpréter la couleur et surtout par l'attitude extrêmement descriptive de l'enfant.

Le T.A.T. est tout à fait semblable. Petites phrases sourdes, absolument neutres, qu'elle répète au besoin plusieurs fois d'une manière identique. Elle décrit les éléments de l'image avec la précision la plus sèche — deux têtes, une main —, ne nomme pas les personnages autrement que — des hommes, des femmes — (même lorsqu'il n'y en a qu'un) ; elle évite à tout prix de leur attribuer des sentiments, des intentions, une vie personnelle quel-

conque. Le contrôle exercé sur toutes les manifestations affectives est absolu, rigide, ne souffre aucune exception et exclut tout élément vécu de ce protocole.

Une injection intra-veineuse de Maxiton met en évidence des idées délirantes, des sourires discordants. On entreprend un traitement à la chlorpromazine 0,150 g. par jour sous forme de gouttes pendant trois semaines. Une amélioration légère se manifeste du point de vue de l'opposition et de l'agressivité mais l'enfant reste très apathique, anxieuse et à peu près muette.

Une série de cinq électro-chocs ne donne qu'un résultat très médiocre.

Fin août 1959, le Tofranil à raison de 0,075 g. par jour sous forme de trois comprimés, associé au Quiétal (trois comprimés par jour) semble agir au début. En effet le comportement d'Elizabeth devient à peu près normal. Elle se lève, parle aux autres enfants de la salle, mais reste cependant isolée.

Les tests faits à cette date sont peu différents des premiers. Le W.I.S.C. ne montre pas de changement dans les résultats ni de progrès dans le comportement. Elizabeth est extrêmement lente, le plus souvent elle ne répond rien, même après une longue insistance.

Aux tests projectifs, le contact reste très mauvais, sans amélioration au cours de l'examen ; l'attitude est cependant moins figée, l'expression moins inquiète. Son comportement est un peu plus actif en ce sens qu'elle est devenue plus ouvertement opposante.

Au Rorschach, elle donne encore beaucoup moins de réponses que dans le premier protocole. Elle nie les quelques interprétations humaines et kinesthésiques qu'elle avait vues la première fois, et n'utilise pratiquement plus les mécanismes de morcellement, mais adopte une attitude de refus systématique.

Au T.A.T., elle refuse pratiquement le test. On note cependant à la planche IV (couple) un semblant de réaction affective — un monsieur et une dame parlent de leur aventure — interprétation accompagnée d'un sourire... A part cela, elle donne l'impression, encore plus que la première fois, de restreindre volontairement son rendement et de ne pas vouloir parler. Vers la mi-septembre, Elizabeth fait un essai de fugue, puis elle refuse de manger, pleure, a des hallucinations : voix sur la langue...

Le Tofranil est arrêté et la chlorpromazine est à nouveau prescrite, d'abord à très forte dose (0,400 g. par jour sous forme de gouttes pendant huit jours), puis seulement 0,100 g. par jour (sous forme de gouttes) pendant un mois.

Elizabeth n'a plus d'hallucinations mais elle est quasi muette, apragmatique, très somnolente, catatonique, pas du tout syntone, elle a des rires immotivés, des ambivalences ; de temps en temps, elle est agressive.

Pendant cinq semaines (du 25 novembre 1959 au 4 janvier 1960), on fait un essai de traitement à la réserpine seule (0,003 g. à 0.007 g. par jour).

Elizabeth ne répond toujours que très rarement à quelques questions et toujours par oui ou par non. Elle a des barrages, est apragmatique, catatonique, très somnolente, a de fréquents rires immotivés. De plus, elle présente actuellement un syndrome extra-pyramidal extrêmement net : le faciès est figé, les clignements d'yeux sont rares ; il existe un tremblement kinétique et intentionnel, une roue dentée aux membres supérieurs, la démarche est saccadée, inharmonieuse.

Le 23 janvier 1960, après arrêt progressif de la réserpine, l'enfant est traitée par la thioridazine à raison de 0,100 g. par jour (4 comprimés). Deux jours après le début du traitement le syndrome extra-pyramidal a nettement régressé : il n'existe plus de roue dentée, la démarche est beaucoup plus harmonieuse ; par contre, il persiste une absence de mimique expressive et un tremblement kinétique et intentionnel.

La dose de thioridazine est alors augmentée et en trois jours elle atteint 0,200 g. par jour (4 comprimés dosés à 0,050 g. chacun). Dès le 29 janvier 1960, c'est-à-dire six jours après le début du traitement par la thioridazine, Elizabeth est beaucoup plus syntone, elle n'est plus catatonique, elle reste un peu agressive de temps en temps. Elle commence à répondre à quelques questions, mais elle est encore bien absente, comme perdue dans des rêves intérieurs. Elle a encore des rires immotivés, est incapable de dire pourquoi elle est à l'hôpital depuis huit mois. Le 19 mars 1960, Elizabeth est toujours au même traitement (thioridazine 0,200 g. par jour en quatre prises). Maintenant, l'amélioration est très nette : l'enfant fait sa toilette toute seule, elle commence à lire un peu, va à l'école du service et l'institutrice la trouve une des meilleures élèves. Dans la salle, elle

aide les infirmières à habiller les enfants plus jeunes, elle est gentille avec ses compagnes, est beaucoup plus vive, n'a plus de syndrome extra-pyramidal, n'est plus catatonique, mais se souille la nuit.

Les tests refaits à cette date donnent les résultats ci-dessous. Au W.I.S.C., le quotient intellectuel verbal est à 82, le quotient intellectuel de performance à 106. l'ensemble à 93. Il y a un progrès du point de vue verbal et performance. Le contact est bien meilleur. L'enfant participe au test, fait des commentaires, manifeste un certain sens de l'humour. Par moments, l'attitude est même un peu trop excitée, elle fait des blagues, ne se concentre pas assez, répond n'importe quoi (surtout au vocabulaire). Le comportement a tout à fait changé. Elle n'est plus du tout lente. Elle répond maintenant avec une certaine vivacité ; les capacités de calcul mental restent faibles.

Les tests projectifs sont maintenant nettement plus riches, mais ils restent pathologiques, ou plutôt leur caractère pathologique apparaît plus clairement maintenant, puisque les fois précédentes elle avait pratiquement tout refusé.

Au Rorschach, son comportement est très différent. Elle réagit d'une manière immédiate et ses temps de réaction sont maintenant très brefs, trop.

Les trois premières planches ne sont pas mal interprétées et constituent un progrès notable sur la perception morcelée du premier test (malgré une combinaison étrange et inhabituelle à la planche I, avec notion de « déguisement »). Mais aux planches suivantes, les bizarreries s'accroissent. Elle ne voit plus les banalités, découpe mal les éléments de la planche, et donne des réponses qui ressemblent aux perceptions normales mais qui sont néanmoins un peu à côté, tronquées au point de vue perceptif. Le point de départ des interprétations est souvent bon, mais la justification qu'elle en donne et ses commentaires sont franchement aberrants. Il y a une vraie confusion entre le plan du réel et de l'imaginaire, car elle prend le contenu de ses interprétations pour des réalités, leur attribue une existence autre que celle de formes suggérées par des taches.

Planche VII, « c'est le derrière du canard, la tête du nain » et non pas une tête de nain, un derrière de canard... (elle est incapable d'adopter l'attitude ludique exigée par le test). Aux planches de couleur, la perception devient très mauvaise et persévératrice, les anatomies, sans aucune tentative de justification formelle, de localisation. La persévération se manifeste même dans sa manière de s'exprimer qui devient tout à fait bizarre. Elle écorche les mots, les transforme, dit : des esquelettes, des écrevettes, des écrevisses...

Les premiers protocoles étaient extrêmement pauvres, secs, morcelés, absolument dénués de toute manifestation affective, mais ne contenaient pas de signes nets de dissociation. On ne peut pas dire qu'il en soit ainsi actuellement. Même si elle est capable de s'exprimer beaucoup plus librement, et, en particulier, d'interpréter d'une manière vivante les personnages humains, ce nouveau protocole est extrêmement suspect et présente des signes caractéristiques de la série schizophrénique.

Au T.A.T., il y a peu de changement sur les protocoles précédents. Le contact est mauvais pendant ce test. Elle a de nouveau sa mimique inexpressive, son regard fixe. Elle n'arrive pas à construire ses phrases correctement, confond les pronoms personnels, remplace l'article par le possessif systématiquement : sa grand-mère et sa maman regardent ses enfants qui jouent.

Elle confond les personnages et les relations de parenté : son papa pleure sa femme qui est morte... le mari pleure sa femme... Enfin, elle n'a pas l'air de comprendre la consigne qui est d'inventer une histoire et est dans tous les cas absolument incapable de s'y conformer (bien que ses possibilités intellectuelles le lui permettent aisément).

Elle sort le 3 avril 1960, reprise par son père. Elle a un traitement ambulatoire : thioridazine 0,150 g. par jour (en trois prises).

Le 7 juillet 1960, Elizabeth est revue à la consultation : elle supporte bien la thioridazine, mais d'après le père, la maladie est seulement décapitée : l'enfant a des rires immotivés, parfois des colères violentes. Cependant elle mène une vie à peu près normale. Elle est énorme, placide, bovine, avec une expression puérile et une parole un peu explosive. Elle est atteinte de boulimie intense (mais elle l'était déjà avant le traitement par la thioridazine) .

Le même traitement est prescrit : thioridazine 0,150 g. par jour (en trois prises), associée à un régime amaigrissant. Le 7 novembre 1960, Elizabeth revient à la consultation, elle a arrêté tout traitement depuis deux mois environ et fait en ce moment une poussée aiguë. Depuis trois semaines environ, elle a des rires immotivés, des crises de colères clastiques. Elle est absolument apragmatique (refuse de faire sa toilette). L'enfant est hospitalisée.

Dans le service, Elizabeth est très agressive, ne parle pratiquement pas, ne fait pas sa toilette, mais va sans arrêt au lavabo pour se regarder dans la glace ; elle a des barrages, un parasi-

tisme de la mimique ; il faut tout le temps s'occuper d'elle, et même la faire manger.

On recommence un traitement à la thioridazine : 0,100 g. par jour (en deux prises) pendant deux jours, puis 0,150 g. par jour (en trois prises) pendant un jour, puis 0,200 g. par jour (en quatre prises) dose que l'on maintiendra jusqu'à la sortie. De plus, un régime amaigrissant est institué, avec pseudophage quatre cuillerées à café par jour et Diamox (un comprimé par jour) pendant dix jours.

Trois à quatre jours après le début du traitement, il y a déjà une amélioration, et, au bout de huit jours, Elizabeth n'est plus agressive. Elle fait sa toilette toute seule, fait son lit, dessine. Avec les éducatrices, elle réalise quelques menus objets (poupées en raphia, etc...). Elle lit, mais est encore incapable de raconter ce qu'elle a lu. Elle a un visage lunaire, peu expressif, une parole assez lente. Elle dort bien.

Le 9 janvier 1961, elle est toujours au même traitement (thioridazine 0,200 g. par jour). Elizabeth lit et comprend ce qu'elle lit, elle tricote, coud, fait son lit, aide les infirmières, est coquette, propre, fait sa toilette toute seule, a maigri et en est contente. Le 20 janvier 1961, Elizabeth prend toujours 0,200 g. par jour de thioridazine : elle est beaucoup plus vive, cependant elle garde une expression un peu absente, lointaine, qui s'anime peu lorsqu'on lui parle, bien qu'elle réponde parfaitement aux questions ; son sourire est inexpressif bien que maintenant toujours justifié. Elle est en effet parfaitement syntone, elle n'a plus aucun barrage, mais elle ne donne aucun signe d'émotivité, bien qu'elle la manifeste verbalement.

OBS. 2. — F... Marie-Thérèse.

L'adolescente âgée de quatorze ans et demi, est hospitalisée à la Salpêtrière en novembre 1959 pour des troubles caractériels importants chez une comitiale.

Histoire de la maladie : depuis la mi-novembre environ, Marie-Thérèse est sujette à des colères. Le 25 novembre 1959, elle fait une colère plus violente que les précédentes, crie la nuit, se frappe, veut déchirer ses vêtements ; c'est à la suite de cette scène qu'elle est envoyée à la Salpêtrière. Depuis les

grandes vacances, passées en compagnie de sa mère, Marie-Thérèse est triste, déprimée, elle n'arrive plus à travailler ; le résultat de ses compositions est mauvais (quatorzième sur dix-sept, en calcul), elle dort mal, et de temps en temps, crie la nuit. Elle frappe sa mère, déchire tout le linge de la maison ; la veille de son hospitalisation, elle fait une fugue après une violente colère.

Antécédents personnels : l'enfant est née à terme. L'accouchement a été normal ; le cri immédiat. Le premier développement psychomoteur est sensiblement normal (parle à douze mois, est propre à quinze mois, marche à dix-sept mois).

A l'âge de dix-neuf mois (en décembre 1946, au cours d'un épisode hyperthermique), Marie-Thérèse reste absente dix minutes environ, puis fait des convulsions généralisées suivies de perte de connaissance ; cette crise se prolonge pendant trois heures, le gardénal (dose ?) entraîne une heure d'accalmie mais les convulsions recommencent et se prolongent pendant quatre heures encore.

Un traitement au gardénal (dose ?) est suivi, mais seulement pendant moins de six mois. Après un intervalle libre de toute convulsion, l'enfant fait, à l'âge de quatre ans, une crise d'épilepsie généralisée avec perte de connaissance mais sans perte des urines. Elle prend un peu de gardénal (dose ?), mais le traitement est arrêté au bout d'un mois.

De cinq à huit ans, les crises sont de plus en plus fréquentes ; chaque fois l'enfant prend du gardénal (les doses sont toujours inconnues) pendant un mois, puis tout traitement est arrêté jusqu'à la crise suivante.

En 1951 (c'est-à-dire à l'âge de six ans), l'enfant a un électro-encéphalogramme normal. En 1952 (à sept ans), l'électro-encéphalogramme aurait été pathologique et à partir de l'âge de huit ans, c'est-à-dire en 1953, Marie-Thérèse suit régulièrement un traitement associant Dihydan et Isonal ; elle n'a plus de crises. En juin de cette année 1953, après la mort de son père, l'enfant, placée dans un institut médicopédagogique (à Brie-sur-Marne) est traitée par Epidione et gardénal (dose ?). Elle n'a plus de crises, s'adapte bien au groupe, fournit un travail scolaire très satisfaisant.

En septembre 1957 (c'est-à-dire à l'âge de douze ans), elle commence à s'ennuyer beaucoup ; sa mère la reprend avec elle, mais peu à peu, Marie-Thérèse s'oppose de plus en plus à sa

mère, ne supportant plus aucun conseil, plus aucune observation. Son travail scolaire devient de plus en plus mauvais, ses colères de plus en plus violentes et l'hospitalisation s'impose en janvier 1959. De janvier 1959 à mars 1959, elle est traitée par 0,06 g. de gardénal par jour (en deux prises). Pendant cette période, elle ne fait aucune crise. En mars 1959, elle est placée dans un internat à Cernay et suit un traitement gardénalique sous forme de Névrovitamine 4 (dose ?). Au début de son placement, elle a un comportement à peu près normal, mais le travail scolaire est plutôt mauvais. Peu à peu, elle a des colères de plus en plus fréquentes, dort mal, ne peut plus travailler, est triste, déprimée, et, le 25 novembre 1959, l'internat la renvoie à la Salpêtrière.

En résumé, il s'agit d'une adolescente de quatorze ans et demi, ancienne comitiale, équilibrée par un léger traitement gardénalique, déprimée, présentant des troubles caractériels faits de colères et d'opposition violente à la mère.

Antécédents familiaux : le père s'est suicidé en 1953 ; a été traité à plusieurs reprises depuis l'adolescence pour « dépression nerveuse ». La mère est âgée de cinquante ans, bien portante, un peu nerveuse. Un frère, âgé de vingt ans, bien portant, prépare une licence de sciences. Une sœur âgée de douze ans, bien portante, est en sixième au lycée.

Examen clinique : au moment de son hospitalisation, l'examen somatique est normal. Du point de vue psychiatrique, Marie-Thérèse est déprimée, elle fait des colères élastiques qu'elle regrette, fait une fugue la veille de son entrée à la Salpêtrière. Dans son travail, elle est très lente et la dernière de sa classe, (cinquième moderne) alors qu'elle était moyenne l'année dernière. Du point de vue de l'intelligence, l'enfant est normale :

Le W.I.S.C. donne les résultats suivants : quotient intellectuel verbal à 106, quotient intellectuel de performance, 94, quotient intellectuel global 100. Marie-Thérèse a beaucoup de bonne volonté et d'application. Les difficultés de structuration expliquent les notes plus basses aux cubes et au code. Elle les surmonte en partie par beaucoup d'application et de méthode. Les autres résultats sont assez homogènes. Elle est mal latéralisée et utilise fréquemment sa main gauche. Le niveau intellectuel est normal.

Un électroencéphalogramme, fait le 11 décembre 1959, donne un tracé un peu anormal du fait de son peu d'organisation et de l'abondance des rythmes lents, sans signes de comitativité, sans signes de souffrance en foyer. Le 21 janvier 1960, l'électroencéphalogramme montre un tracé un peu labile, sans signes de comitativité, sans signes de souffrance en foyer. L'examen du fond d'œil et la numération globulaire, formule sanguine sont normaux.

Traitement : la dépression est très importante, s'accompagnant d'insomnies, d'une inactivité totale avec dégoût de tout, c'est pourquoi, on décide de traiter la malade au Tofranil : pendant un mois (du 27 novembre au 27 décembre 1959) elle reçoit 0,150 g. par jour de Tofranil (d'abord sous forme de six ampoules, puis de six comprimés), auquel on associe 0,10 g. par jour de gardénal. Il n'y a aucune amélioration, Marie-Thérèse est toujours aussi déprimée, elle pleure très souvent, fait des colères fréquentes, est violente (déchire les feuilles de température). On essaie alors un traitement associant chlorpromazine et gardénal ; pendant un mois (du 31 décembre 1959 au 30 janvier 1960), elle a 0,200 g. par jour de chlorpromazine (d'abord en injections intra-musculaires, puis en gouttes). Ce traitement n'entraîne aucune amélioration, on essaie alors d'associer Orténal, thioridazine et Tofranil et on lui donne 0,20 g. d'Orténal par jour (en deux prises), 0,100 g. par jour de thioridazine (quatre comprimés dosés à 0,025 g. chacun) et 0,100 g. par jour de Tofranil (d'abord en injections intramusculaires puis en comprimés). Ce traitement est poursuivi du 30 janvier 1960 au 12 avril 1960. L'état de l'adolescente n'est pas vraiment amélioré. C'est pourquoi, le 20 avril 1960, on la traite par 0,050 g. par jour de Marsilid (soit un comprimé par jour) qui l'améliore très rapidement et lui permet de retourner chez sa mère en attendant de revenir à Cernay. En conclusion, chez cette adolescente de quatorze ans et demi, ancienne comitiale, caractérielle et déprimée, l'action du Tofranil et de la thioridazine a été nulle. Par contre, le Marsilid s'est révélé, très rapidement, efficace. Il faut cependant insister sur la faible dose de thioridazine administrée dans ce cas et sur l'absence de tout incident au cours du traitement.

OBS. 3. — G... Germaine.

La jeune fille âgée de vingt ans est hospitalisée à la Salpêtrière le 13 novembre 1959 pour une bouffée délirante.

Histoire de la maladie : le 7 novembre 1959, la malade s'arrête de travailler (son chef d'atelier signale pourtant qu'il n'a constaté ni troubles, ni fatigue ; qu'elle était même très bien adaptée et estimée de ses collègues).

Le 13 novembre 1959, elle vient consulter car elle ne dort pas, ne peut plus travailler. L'interrogatoire retrouve un délire assez pauvre, avec grande anxiété : « des jeunes gens et des jeunes filles qui font comme des bruits... » « dans mon travail, autour de moi, je sais ce qui va se passer »... « il arrivera quelque chose... il y aura la guerre, monsieur... », « une fois, ils m'ont passé quelque chose d'électrique sur le bras » ; elle se sent persécutée (mes chefs, mes collègues disent du mal de moi, que je travaille mal... oui, tous sont méchants, la police me fait surveiller, les policiers sont venus un jour.) Elle a un automatisme de la pensée.

Antécédents personnels : la grossesse et l'accouchement sont normaux, le cri est immédiat. Elle est nourrie au sein jusqu'à quatre mois et demi ; à cet âge, l'enfant est placée en nourrice, puis dans une pouponnière. Il n'y a aucun renseignement sur le premier développement psychomoteur.

Entre 1941 (deux ans) et 1955 (seize ans) elle subit divers changements (une pension à Chatou, une pension à Saint-Ouen, une pension rue de Vouillé) ; puis elle habite avec sa mère (à partir de 1955) au Palais de la Femme.

En 1949, à l'âge de dix ans, elle vient pour la première fois consulter à la Salpêtrière pour un retard scolaire. A cette date, on note que l'enfant est triste, craintive, inhibée, qu'elle a une légère débilité psychomotrice, des syncinésies, que son état physique est médiocre ; au Binet Simon, on retrouve un âge mental de 9 ans 2 mois pour un âge réel de 10 ans 7 mois. En 1953, à l'âge de quatorze ans et demi, l'adolescente est hospitalisée pour une première bouffée délirante avec excitation (Germaine se dit enceinte et possédée du démon) elle a des idées d'influence (Dieu lui parle, lui dit de prier), des ambivalences. Elle est traitée par de la chlorpromazine (0,075 g. par jour en trois pri-

ses), du gardénal sodique (0,40 g. par jour en deux fois), de l'Eunoctal (0,15 g. par jour), du Phénergan (trois comprimés par jour), pendant huit jours, puis l'état de l'enfant n'étant pas satisfaisant, on lui fait onze électrochocs associés à Eunoctal, laudanum, Phénergan. Elle est très améliorée et sort le 4 février 1954 sans traitement. A cette date, un Terman donne un âge mental à 10,11 pour un âge réel de 14,11 avec un quotient intellectuel à 73. Le Wechsler-Bellevue donne un quotient intellectuel verbal à 58, un quotient intellectuel de performance à 73, un quotient intellectuel global à 62.

En 1955, elle est instable et suit très mal la classe ; elle est traitée par la chiorpromazine (0,075 g. en trois prises par jour). Elle échoue au certificat d'études primaires et suit des cours du soir.

Le 20 mars 1956, elle est hospitalisée une deuxième fois pour des bouffées délirantes avec excitation très importante. Elle est traitée par la chlorpromazine et sort le 30 avril 1956, toutes ses idées délirantes ayant disparu.

Le 7 mai 1956, elle est hospitalisée une troisième fois pour une nouvelle bouffée délirante, traitée par la chlorpromazine, elle sort en bon état le 17 mai 1956.

Le 20 octobre 1956 : quatrième hospitalisation pour un épisode d'excitation avec dépression, quelques idées délirantes et un comportement un peu hystérique. Elle est traitée par la chlorpromazine à raison de 0,150 g. par jour (sous forme de gouttes) et sort le 19 janvier 1957 apparemment guérie.

De 1957 à 1959, il n'y a rien à signaler.

Antécédents familiaux : le père a disparu avant la naissance de l'enfant, qu'il n'a pas reconnu. La mère, a une psychose hallucinatoire chronique mais avec un système de défense très efficace. Elle n'a pas d'autre enfant.

Examen clinique : au moment de sa cinquième hospitalisation, (novembre 1959), l'examen somatique est normal. Du point de vue psychiatrique, la jeune fille est très anxieuse, excitée, elle ne dort pas, elle a un automatisme de la pensée, des idées de persécution, une impression d'étrangeté et d'incommunicabilité posant le problème d'une schizophrénie.

L'examen du fond d'œil est normal, de même que les numérations globulaires, formules sanguines. L'électroencéphalo-

gramme fait le 17 novembre 1959 donne un tracé plat désynchronisé, sans signes de comitialité, sans signes de souffrance en foyer. Les tests projectifs faits en décembre 1959, alors que la malade est encore délirante, donnent les résultats suivants :

Au Rorschach, le protocole est pathologique. Il ne contient aucun élément structuré, aucune interprétation un peu construite faisant preuve de quelque élaboration intellectuelle. Très sensible à la couleur, à l'ambiance, elle y réagit sans la moindre capacité de contrôle, et ne donne qu'une projection labile de ses contenus sensoriels : il ne s'agit que d'éléments de la nature, flous, d'aspects plus ou moins inquiétants, avec une forte persévération dans des réponses anatomiques ou organiques qu'elle justifie d'une manière aberrante, parfois confabulée. Les contenus régressifs des réponses, la persévération, la tendance à la confabulation, les réactions affectives explosives, l'absence complète de contrôle et de sens critique constituent un ensemble de signes très pathologiques et témoignent, dans l'état actuel de la malade, d'une incapacité complète d'adaptation au réel pratique et objectif.

Au T.A.T. (fait plus tard, alors que la bouffée délirante est pratiquement dissipée), montre le désir d'apporter une bonne collaboration. Elle recherche le contact et parle sans qu'il soit nécessaire de beaucoup la questionner. Il y a une grosse amélioration dans le comportement.

Les histoires sont correctement construites mais entièrement dominées par le thème de la mère. Elle attribue à celle-ci des pouvoirs tout à fait particuliers « le cœur d'une mère devine tout »..., et des droits aussi : le droit de la punir, de la corriger, de la gronder, et tout cela, pour le bien de sa fille. Elle moralise beaucoup lorsqu'il s'agit de ses relations avec sa mère, a un sentiment très vif de l'autorité et de la puissance de l'image maternelle, à laquelle elle se sent le devoir de se soumettre. Elle se donne toujours tort à elle-même, et répète, comme si elle voulait s'en persuader « la mère a raison d'agir comme cela ». Il y a malgré tout un désir d'échapper à l'emprise maternelle, qui s'exprime dans les tentatives d'évasion, qui, en général n'aboutissent pas, l'enfant rentre au bercail et tout rentre dans l'ordre. Elle n'est pas capable d'acquiescer son indépendance, et ose d'ailleurs à peine s'avouer à elle-même qu'elle en éprouve le désir. Les sentiments de culpabilité reprennent à chaque fois le dessus. Elle cherche certainement à être rassurée sur ce point, à recevoir l'autorisation de se soustraire à sa mère, et il semble que des encouragements dans ce sens pourraient peut-être lui apporter une aide décisive.

Traitement : du 13 novembre au 6 décembre 1959, on traite la malade par la chlorpromazine et on lui donne progres-

sivement 0,150 g., 0,200 g., 0,250 g. par jour (sous forme de gouttes). Les idées délirantes ont tendance à disparaître mais la malade est un peu endormie et figée.

Du 6 décembre 1959 au 30 janvier 1960, on diminue progressivement la dose de chlorpromazine, et on en donne en définitive à la malade 0,100 g. par jour (sous forme de gouttes), en y associant du sirop de chloral (une cuillère à soupe) et du Phénergan (un comprimé), mais l'état de la malade empire, elle redevient excitée, ne dort pas.

Le 30 janvier 1960, on décide de traiter la jeune fille par la thioridazine à raison de 0,100 g. par jour (quatre comprimés dosés à 0,025 g. chacun). Trois à quatre jours après le début de la thioridazine, la malade est calme, gaie, elle a un bon contact avec les autres malades de la salle, avec les infirmières, avec les médecins, elle dort bien. Elle n'a plus d'idées délirantes.

Elle sort le 17 avril 1960 avec le même traitement.

Le 16 décembre 1960, la jeune fille revient à la consultation, elle vit dans un foyer et travaille depuis trois mois dans une chocolaterie. Elle a arrêté tout traitement depuis un mois. Elle se sent bien, est gaie, elle sort avec des jeunes filles et un jeune homme de son âge. Elle n'a, pour le moment, aucune idée délirante.

Au cours du traitement par la thioridazine, la malade n'a présenté aucun incident. Dans l'ensemble, l'action a été identique à celle de la chlorpromazine en ce qui concerne les idées délirantes, par contre, la thioridazine a été beaucoup mieux tolérée puisqu'elle n'a entraîné ni somnolence, ni catatonie et qu'elle a agi à dose trois fois moindre.

OBS. 4. — M... Micheline.

L'enfant âgée de douze ans est envoyée de son internat pour une suspicion de schizophrénie, elle est hospitalisée à la Salpêtrière le 28 décembre 1959.

Histoire de la maladie : vers le début du mois de décembre 1959, quelques jours après avoir reçu des nouvelles de son frère, Micheline commence à pleurer sans arrêt, à s'agiter sans raison avouée, son écriture devient irrégulière, et, un jour, au

cours d'un épisode de grande excitation, elle finit par gifler une Sœur de l'internat, ce qui motive son envoi à la Salpêtrière.

Antécédents personnels : L'enfant est née à terme, le cri est immédiat. Le premier développement psychomoteur a été sensiblement normal, cependant l'enfant a parlé tard. Elle n'a pas eu de convulsion mais a toujours été coléreuse. Depuis avril 1954 (date à laquelle Micheline, qui est âgée de six ans, est arrivée dans son internat) jusqu'en décembre 1959, Micheline était une enfant très timide et impressionnable avec un assez fort bégaiement, chétive, pleurnichant facilement, riant aussitôt après, recherchant toujours les jeux et les compagnes calmes. Très lente pour toute activité, elle se montrait généralement docile, avec cependant des colères et des bouderies. Au fur et à mesure que son séjour se prolongeait dans l'internat, les colères se sont faites rares, le bégaiement a régressé, cependant l'hyperémotivité restait dominante. Bien que peu expansive, l'enfant ne s'isolait pas, avait un contact avec ses compagnes dont elle était aimée. Vis-à-Vis des maîtresses, elle était docile, affectueuse, cherchait des encouragements, était complaisante. Périodiquement, à la suite de longs mois de silence de sa mère, elle devenait triste et réclamait cette dernière.

Antécédents familiaux : Les parents de Micheline n'ont jamais vécu ensemble de façon suivie. L'enfant a habité avec sa mère jusqu'à l'âge de six ans, puis a été placée en internat au « Nid Basque ».

C'est la deuxième de cinq enfants (Micheline a un frère de quatorze ans et trois demi-sœurs, sept ans, six, quatre ans).

Examen clinique : Au moment de son hospitalisation (28 décembre 1959), l'enfant pleure sans arrêt, répétant : « Je veux retourner au Nid Basque » ; elle ne fait rien, reste assise dans son lit, ou bien, suit la surveillante, pas à pas, s'accrochant désespérément à elle, et toujours, comme un leit-motiv, revient la phrase « Je veux retourner au Nid Basque ». Elle ne répond à aucune question, est très inhibée, paraît très culpabilisée (ressent le fait d'avoir giflé la Sœur comme un péché mortel). L'examen du fond d'œil est normal, de même que les numérations globulaires, formules sanguines. Un électro-encéphalo-

gramme fait le 5 janvier 1960, donne un tracé altéré de façon caractéristique de comitialité à expression photo-sensible.

Des tests sont faits le 30 décembre 1959, ils donnent les résultats suivants : Au Wechsler-Bellevue : le quotient intellectuel verbal est à 69, le quotient intellectuel de performance, à 84, le quotient intellectuel global à 74. L'enfant, peu bavarde, inhibée, triste, suit tout au début de l'épreuve, et, quand elle ne sait pas les réponses, se bloque facilement. Elle a très peu de connaissances et peu de bon sens pour les épreuves verbales. Quand on insiste, elle donne parfois des explications stupides. Elle est plus souriante et détendue aux épreuves de performance.

Le niveau scolaire : en lecture est celui du cours élémentaire I (sept, huit ans), en calcul, le niveau est à peine celui du cours élémentaire I, en orthographe, celui du cours préparatoire. L'enfant est dyslexique et dysorthographique. Elle pleure sur sa dictée.

Les tests projectifs sont impossibles à faire à cette date ; l'enfant est trop inhibée.

Le 23 janvier 1960, après trois semaines d'hospitalisation, l'état de l'enfant est inchangé : elle pleure toujours, s'accroche à la surveillante et à un des médecins du service qu'elle voit souvent. Elle est toujours inactive, ne parle que pour dire : « Je veux retourner au Nid Basque ».

En conclusion, trois diagnostics sont évoqués, une schizophrénie est possible, ou bien il s'agit d'un épisode d'excitation hypo-maniaque chez une débile, ou d'une carence affective chez un enfant débile porteur d'une comitialité légère et latente.

Traitement : Le 23 janvier 1960, un traitement à la thioridazine est institué, à raison de 0,050 g. par jour (en deux prises) pendant quatre jours, puis la dose est progressivement augmentée jusqu'à 0,150 g. par jour (en quatre prises) pendant dix jours (du 30 janvier au 9 février 1960); le traitement est poursuivi pendant deux mois à raison de 0,100 g. par jour de thioridazine (en quatre prises). Le 15 avril 1960, le traitement est arrêté. Très rapidement, l'état de l'enfant s'améliore, et, dès le 2 février 1960, c'est-à-dire huit jours après le début du traitement, Micheline ne pleure plus sans arrêt, elle est beaucoup plus calme, ne suit pas toujours la surveillante, commence à aller à l'école du service. Le 6 février 1960, l'enfant est souriante et répond à quelques questions. Elle est contente

d'aller à l'école : elle s'occupe un peu, fait un tricot, quelques dessins.

Le 12 avril 1960, il est possible de lui faire faire des tests projectifs, bien que le niveau très bas rende l'interprétation assez difficile.

Le Rorschach est évidemment pauvre, mais ne contient aucune interprétation aberrante, ou de bizarreries pouvant évoquer une discordance. On note cependant une manière assez curieuse de cacher systématiquement de la main une partie de la planche et de n'en interpréter que la moitié (un animal alors qu'il y en a deux), ce qui rappelle beaucoup le comportement des organiques à ce test. A part cela, les interprétations manquent certes de richesse et de variété, mais les formes sont bien vues et correspondent même à un niveau un peu supérieur à celui obtenu aux tests d'intelligence. Elle est sensible à la couleur, arrive à l'intégrer à ses réponses d'une manière assez judicieuse. Le Rorschach est pauvre mais n'est cependant pas tout à fait un Rorschach de débile et ceci indique sans doute que cette enfant a des possibilités d'adaptation intellectuelle sociale et affective meilleures que ne laisse supposer son comportement actuel.

Le T.A.T., est difficile à faire passer à cause du niveau verbal vraiment insuffisant de l'enfant. Le test est trop difficile pour elle, tant du point de vue intellectuel qu'affectif : d'abord elle a le plus grand mal à inventer des histoires, ensuite, les situations sont trop complexes, trop élaborées, pour qu'elle puisse, du moins au début, s'y projeter et s'y identifier. Les premières histoires sont tout à fait schématiques et ne se prêtent à aucune interprétation. Par la suite, certains conflits sont exprimés d'une manière très primaire et d'autant plus clairement que l'enfant est peu capable d'utiliser des mécanismes de défense intellectuels. Ces conflits se rapportent en premier lieu aux situations de couple. Le mari et la femme se disputent et surtout, départ du mari, abandon de la femme par son mari parce que (planche IV et VIII) le mari ne veut pas aller avec sa femme. Il ne veut pas venir... Elle est toute seule. Son mari ne veut pas d'elle... Elle est toujours inquiète... Le climat des histoires est fait d'anxiété, et surtout d'un très fort sentiment d'insécurité. « Elle est chassée... on va la prendre... il faut qu'elle parte... elles doivent changer de maison... il fait froid dehors... des bêtes courent après lui..., etc... » (planche IX et XI). Finalement elle s'identifie très clairement à un enfant désemparé, seul, manquant totalement de sécurité et de protection (planche XIII) : « C'est une petite fille qui monte... puis il n'y a personne... personne ne la conduit... elle est toute seule... elle a peur parce qu'il n'y a personne, elle est toute seule ; c'est tout » La planche XVI : « Il y a une petite fille qui est dans la forêt, puis elle a peur, parce qu'elle ne sait pas où

il y a sa maman... et puis elle pleure, pleure parce qu'elle a peur... elle dit : je veux retourner chez moi. Elle voit un monsieur qui lui dit : où que tu vas ? elle dit : Je veux aller chez moi, alors il l'accompagne chez elle, parce que c'était son papa ». On voit ainsi comment elle introduit le personnage paternel tout puissant et protecteur, tel qu'elle se l'imagine (et ceci se retrouve dans ses dessins) et le souhaite, tandis que l'image maternelle, plus liée à la réalité, reste tout à fait décevante, ou du moins incapable de lui apporter quelque sécurité, car elle est elle-même abandonnée. Donc, les sentiments d'abandon et d'insécurité dominent toutes les histoires où elle se projette un peu. L'arriération affective qui en résulte semble être, en partie du moins, à l'origine du retard intellectuel, ou, en tous les cas, l'aggraver. Il est probable que, dans des conditions affectives meilleures, l'enfant soit capable de progrès.

Après l'arrêt de la thioridazine (15 avril 1960), l'amélioration de l'état de l'enfant se maintient pendant deux mois, puis, progressivement, Micheline redevient triste, recommence à pleurer et à s'accrocher aux infirmières, comme au début de son hospitalisation.

Du 15 juin au 26 juin 1960, on fait l'essai d'un traitement au placebo, à raison de trois comprimés par jour, mais on n'obtient aucun résultat.

La reprise de la thioridazine à raison de 0,100 g. par jour (en deux prises) du 26 juin au 9 juillet 1960, entraîne la même amélioration que lors de la première prise.

Cependant un électro-encéphalogramme, fait le 2 juillet 1960, donne un tracé un peu modifié par rapport au précédent, puisque la sensibilité à la lumière n'existe plus, mais il existe aujourd'hui, spontanément, des signes évocateurs de comitialité à expression généralisée : l'enfant est alors traitée par le gardénal à la dose de 0,06 g. par jour (en trois prises).

Le 29 juillet 1960, l'électro-encéphalogramme donne un tracé normal.

En conclusion, il s'agit donc d'une carence affective chez une enfant débile porteur d'une légère comitialité latente. Elle a été fortement améliorée du point de vue clinique par la thioridazine, mais seul le gardénal a réussi à normaliser l'électro-encéphalogramme.

Au cours de ce traitement prolongé à la thioridazine (quatre mois, deux mois d'arrêt, puis à nouveau un mois de traitement) ; l'enfant n'a eu aucune éruption cutanée, elle a res-

senti une légère sécheresse de la bouche au début du traitement ; les numérations globulaires, formules sanguines, et les examens de fond d'œil sont restés normaux, la tension artérielle n'a pas varié, il n'a pas été trouvé de sucre ni albumine dans les urines, il n'a pas été observé de galactorrhée ni de syndrome extra-pyramidal.

OBS. 5. — P... Andrée.

L'adolescente âgée de quatorze ans est hospitalisée à la Salpêtrière, le 23 décembre 1959, pour une schizophrénie probable à manifestations hystériques.

Histoire de la maladie : Depuis la fin de novembre 1959, l'adolescente a changé de caractère, elle n'accepte aucune remontrance, a des crises de larmes très fréquentes, pousse des soupirs, déchire son mouchoir avec les dents, s'enferme dans les lavabos pendant des heures.

Le 20 décembre, elle s'en va, sans prévenir personne, chez une tante qui est brouillée avec sa mère, celle-ci ne la retrouve que le lendemain. Quelques jours plus tard, elle fait une deuxième fugue... On l'aurait retrouvée avec des « blousons noirs ».

Antécédents personnels : La grossesse et l'accouchement sont normaux. Le cri est immédiat. Le premier développement psychomoteur est normal (marche à treize mois, parle à quinze mois). Du point de vue scolaire, il semble qu'il y ait toujours eu un retard... mais la mère est très évasive, car, en fait, elle s'occupe peu de sa fille. L'adolescente a toujours été un peu instable et difficile.

Antécédents familiaux : La mère, âgée de trente-huit ans, est bien portante, un peu nerveuse (a eu Andrée en dehors du mariage). Le beau-père, âgé de trente ans, est calme, bien portant, s'est marié en 1955 (alors qu'Andrée est âgée de neuf ans); il a reconnu l'enfant, l'aime bien et est très affectueux avec elle. Une demi-sœur âgée de cinq ans et un demi-frère âgé de deux ans sont bien portants : Andrée est jalouse d'eux, elle les bouscule un peu, mais ne les bat pas, n'est pas méchante avec eux.

Examen clinique : Au moment de son hospitalisation, l'adolescente est un peu forte ; l'examen somatique est normal. Elle est réglée depuis un an.

Du point de vue psychiatrique, Andrée répond très lentement et seulement après plusieurs sollicitations. Elle a un regard inquiet, une attitude hostile et un peu figée ; elle a des hallucinations auditives (« j'entends des voix dans ma tête »), des stéréotypies (soupire sans arrêt), des rires immotivés, un vague sentiment de prise de la pensée (les filles qui l'entourent, les infirmières, les médecins commandent sa pensée) ; elle trouve que son regard a changé, que la nourriture a changé de goût et est mauvaise, elle se plaint de toutes sortes de maux : « j'ai de la fièvre, j'ai mal à la gorge », en réalité il n'en est rien.

L'examen du fond d'œil est normal, de même que la numération globulaire, formule sanguine.

Un électro-encéphalogramme fait le 2 janvier 1960, donne un tracé qui montre, sous hyperpnée et sous stimulation lumineuse intermittente, des anomalies lentes généralisées, à caractère paroxystique.

Il est impossible de tester l'adolescente avant tout traitement.

Traitement : Pendant dix jours (du 28 décembre 1959 au 5 janvier 1960), on lui donne 0,250 g. de chlorpromazine par jour (sous forme de gouttes). Il y a une très nette amélioration ; en effet, le contact est possible, Andrée va à l'école du service, et le 5 janvier 1960, l'institutrice note : Andrée est en classe depuis trois jours seulement, mais je puis noter chez elle un excellent contact, un plaisir réel à faire partie du groupe scolaire, de la bonne volonté, de l'entrain. Le niveau scolaire est celui d'une élève moyenne de classe de fin d'études. Je ne retrouve rien du tableau si noir qui apparaissait à la lecture du dossier.

Il est aussi possible de tester l'adolescente, et le W.I.S.C. donne les résultats suivants : un quotient intellectuel verbal à 90, un quotient intellectuel de performance à 88, un quotient intellectuel global à 88. L'enfant a dû être testé en trois fois. La première fois, tout examen était impossible. Elle parlait d'une voix monocorde, était hagarde, sortait sa langue de la bouche. Au deuxième essai, elle a toujours l'air passif et morne, mais répond plus facilement

aux questions. Elle réussit à des épreuves auxquelles elle avait échoué antérieurement. Elle se plaint de fatigue, de fourmillements de maux de tête et manifeste de l'opposition, refusant de terminer les épreuves. Au troisième essai, l'enfant est beaucoup mieux, elle s'applique pour terminer les épreuves. Le niveau intellectuel est normal, peut-être un peu baissé par le comportement.

Quant aux tests projectifs, il n'est pas encore possible de les faire. En effet, Andrée a encore des hallucinations auditives et de nombreuses stéréotypies.

On essaie alors un traitement à la réserpine et, progressivement, on donne à la malade 0,003 g., 0,004 g., 0,005 g. par jour pendant huit jours (8-1-60 au 17-1-60), l'état de l'adolescente semble assez satisfaisant, mais le 17 janvier 1960, elle fait une crise d'hystérie, de plus elle est tour à tour déprimée ou surexcitée, elle a des fou-rires, des crises de larmes, elle se plaint à nouveau de toutes sortes de maux ; elle doit abandonner la classe. Pendant quinze jours, on recommence à lui donner de la chlorpromazine, à la dose de 0,300 g. par jour (sous forme de gouttes). Cinq jours plus tard (le 22 janvier 1960), l'état de la malade est très amélioré, elle est calme, les idées délirantes sont encore présentes, mais elles ne sont pas spontanées, il faut les susciter par l'interrogatoire. Cependant, Andrée se souille plusieurs fois par jour, et surtout, elle présente un syndrome extra-pyramidal net avec : tremblement, faciès figé et rareté du clignement, roue dentée, démarche saccadée.

Le 29 janvier 1960, on arrête la chlorpromazine et on décide d'associer la réserpine (0,005 g. par jour) à la thioridazine à raison de 0,150 g. par jour (sous forme de six comprimés). Ce traitement est poursuivi pendant huit jours. Trois jours après l'arrêt de la chlorpromazine (le 1^{er} février 1960), on observe déjà une amélioration du syndrome extra-pyramidal : le tremblement est moins intense, le faciès moins figé et l'adolescente fait quelques sourires. La démarche est beaucoup plus harmonieuse ; la malade ne se souille plus. Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de changement notable. Le 8 février 1960, on décide d'arrêter la réserpine, et d'augmenter progressivement (de 0,100 g. par jour) la dose de thioridazine ; on donne ainsi à l'adolescente 0,250 g. de thioridazine (sous forme de dix comprimés dosés à 0,025 g. chacun). Ce traitement est

poursuivi pendant environ un mois (jusqu'au 6 mars 1960). Le 12 février 1960, la malade se plaint d'une légère sécheresse de la bouche, mais elle est gaie, souriante, parle volontiers et dit être heureuse de vivre. Elle dort bien, n'entend plus de voix, mais le délire paraît encore tout proche « tout prêt à éclater ». Elle a une démarche normale, et il ne persiste qu'un très léger tremblement au niveau des membres supérieurs et des commissures labiales.

Les tests projectifs peuvent être faits maintenant.

Au Rorschach, le protocole est extrêmement pathologique, très irrégulier en ce sens qu'il contient quelques bonnes interprétations, intellectuellement normales, et bien élaborées, à côté d'un véritable fatras de réponses tout à fait aberrantes, sans aucune localisation précise, parfaitement arbitraires, autistiques et injustifiables par rapport au critère objectif de l'image.

Les signes de la série schizophrénique sont nombreux : alternance des bonnes et mauvaises réponses ; interprétations différentes de taches symétriques et identiques ; temps de réactions extrêmement brefs ; fabulation et réponses par contamination ou associations verbales ; et surtout, persévération très forte dans des réponses anatomiques morbides, qui finissent par envahir tout le protocole, qui aboutit à une stéréotypie totale.

L'adolescente n'est pas du tout opposante, au contraire, elle débite ses interprétations aberrantes sans hésitation ni critique, d'une manière monotone, détachée, indifférente, avec une mimique très pauvre.

Le T.A.T. est aussi pathologique et particulièrement intéressant en ce sens que les formes grammaticales et la structure logique des phrases sont conservées, alors que leur contenu est complètement incohérent ; il s'y mêle continuellement des notions métaphysiques et mythiques : apparitions miraculeuses, résurrections, transformation des êtres humains et des objets ; planche II : « la jeune fille se mit à pleurer mais le démon la possédait... ensuite elle releva la tête, le démon était parti et elle embrasse le ciel... ». Elle emploie des mots bizarres : « il prit sa femme, la tortilla... et sa colère fut si noire que le ciel trembla... » Dans tout ceci se dégagent cependant certains thèmes qui réapparaissent très fréquemment, en particulier celui de l'image féminine en même temps mère et sorcière. Planche V et planche IX (thème de la sorcière qui empoisonne la jeune fille avec un gâteau, « la serre très machinalement contre elle... et la jeune fille tombe inerte, évanouie, et le lendemain le gâteau s'est transformé en un gros rat » à d'autres planches, c'est la sorcière qui transforme l'homme, la femme, qui se marie avec le diable, la sorcière qui bat les enfants,

qui devient subitement bonne, les embrasse, et « tout le monde est content... ». Ces deux tests constituent un ensemble d'éléments pathologiques de type schizophrénique d'une richesse exceptionnelle chez des adolescents de cet âge.

Le 6 mars 1960, l'état de l'adolescente est très satisfaisant ; elle n'a plus trace de syndrome extra-pyramidal, elle n'a plus d'hallucinations, elle dort bien, mange bien, et on envisage sa sortie.

Le 12 mars 1960, la thioridazine n'étant pas encore commercialisée, l'adolescente sort avec un traitement au Nozinan (quatre comprimés par jour, c'est-à-dire 0,100 g.).

Le 15 septembre 1960, l'adolescente est revue à la consultation : elle n'a aucun trouble du comportement, elle envisage de passer le certificat d'études primaires, et de préparer un secrétariat. Elle n'a pas d'hallucinations, pas d'automatisme mental, pas de discordances. Elle a cessé tout traitement depuis quinze jours.

Le 30 septembre 1960, Andrée est hospitalisée, elle fait une rechute avec idées de suicide, elle tient des propos incohérents, a des troubles cénesthopathiques : « dit avoir des secousses électriques dans la tête, sentir que son cœur ne bat plus, qu'elle ne voit pas clair de ses deux yeux. » Elle a de nombreux barrages, des ambivalences.

Le 1^{er} octobre 1960, on essaie un traitement à l'Halopéridol et progressivement on lui donne XX, XXX, XL gouttes par jour, puis on continue à raison de XXX gouttes par jour pendant un mois environ (jusqu'au 6 novembre environ) en y associant 0,05 g. de gardénal par jour. (Le 29 octobre 1960, l'adolescente fait un ictère catarrhal avec température à 39°2, vomissements, foie douloureux et gros, débordant de deux travers de doigts le rebord costal ; les examens d'exploration fonctionnelle hépatique sont perturbés.)

L'Halopéridol n'améliore guère Andrée : elle est triste, sans entrain, très excitée, elle ne dort pas. Cependant les idées délirantes semblent être un peu plus lointaines. Pendant trois semaines (du 8 novembre au 1^{er} décembre 1960), on arrête tout traitement. Le 1^{er} décembre 1960, on recommence à traiter l'adolescente par la thioridazine seule à raison de 0,150 g. par jour (3 comprimés dosés à 0,050 g. chacun), puis on diminue et on maintient le traitement à 0,100 g. par jour de thioridazine. Cinq

jours après le début de ce traitement, Andrée est nettement mieux. Elle a des périodes d'euphorie, alternant avec des moments de dépression, motivée peut-être par la longue durée de l'hospitalisation, Andrée voudrait bien rentrer chez elle. Elle est encore un peu agitée lorsqu'on la contrarie, et, à ce moment-là volontiers agressive. L'ictère a complètement régressé et l'état général est excellent.

L'adolescente sort le 21 décembre 1960 avec un traitement ambulatoire : thioridazine 0,100 g. par jour (deux comprimés). Elle est suivie régulièrement à la consultation et on note que son état continue à être excellent.

Le 6 avril 1961, Andrée prend toujours 0,100 g. par jour de thioridazine, elle est gaie, active, n'a pas d'hallucinations, et on envisage l'entrée dans une école professionnelle. On lui prescrit un traitement d'entretien, en diminuant progressivement les doses de thioridazine, d'abord 0,050 g. par jour pendant huit jours, puis 0,030 g. par jour (en trois prises, dragées dosées à 0,010 g. chacune).

Revue le 15 mai 1961, Andrée se porte très bien, va dans une école professionnelle.

Au cours de ce très long traitement par la thioridazine, aucun incident n'a été observé.

OBS. 6. — E... Christiane.

L'enfant âgée de douze ans est hospitalisée à la Salpêtrière au début de janvier 1960. Le comportement dément de Christiane fait envisager une intervention neuro-chirurgicale.

Histoire de la maladie : depuis l'âge de six ou sept ans, l'enfant, démente, est dans un état d'excitation constant avec logorrhée scatologique et propos orduriers assez stéréotypés. Au cours de l'année 1959, son agitation, qui prenait une allure dramatique car réellement dangereuse, a été calmée par un traitement associant Nozinan (0,100 g. par jour en quatre prises), et phénobarbital. L'enfant cependant a été et est toujours très étrange. Elle débite d'une voix monotone et saccadée, des propos décousus, émaillés de grossièretés et d'obscénités. De temps à autre, elle pousse des cris, puis se met à chanter, s'arrête pour flairer des objets se trouvant à sa portée.

Antécédents personnels : l'enfant est née à terme, a crié immédiatement. La grossesse et l'accouchement ont été normaux. Le premier développement psychomoteur est normal.

A l'âge de neuf mois, l'enfant fait une primo-infection pour laquelle elle est traitée pendant quatre mois. Entre un an et deux ans et demi, Christiane fait de nombreuses crises convulsives.

Du point de vue scolaire, elle va à l'école communale à l'âge de six ans mais elle est très instable ; elle déchire vêtements et cahiers et après dix-huit mois, ses parents sont obligés de la garder à la maison.

Antécédents familiaux : les parents, âgés de cinquante-deux et quarante-cinq ans sont bien portants. Un frère âgé de neuf ans est parfaitement normal.

Examen clinique : au moment de son hospitalisation, l'examen somatique est normal ; en particulier, on ne trouve aucun trouble neurologique organique. Du point de vue du comportement l'enfant est d'une agitation extrême, sans cesse en mouvement : elle se lève, se jette sur le lit, se relève pour se frapper la tête contre les murs, se bat, se gifle, se griffe, sort en courant de sa chambre pour aller insulter infirmières ou médecins. Elle débite toujours des propos incohérents, émaillés de grossièretés et d'obscénités. Elle rit sans raison, puis brusquement se met à chanter.

Le quotient intellectuel global est évalué à 45, elle ne sait ni lire, ni écrire, ni compter, mais il semble qu'elle comprenne bien ce qu'on lui dit.

Traitement : pendant huit jours, elle est traitée par l'Equanil à raison de 1,200 g. par jour (en trois prises) sans aucun résultat, même le Phénergan en injections intramusculaires associé à l'Equanil ne la calme que très imparfaitement.

Le 7 janvier 1960, on commence un traitement comportant toujours l'Equanil à la même dose et la thioridazine à raison de 0,100 g. par jour (en quatre prises), puis 0,150 g. par jour (six comprimés dosés chacun à 0,025 g.). Six jours après le début de ce traitement, l'enfant est beaucoup plus calme. Elle reste de longs moments dans sa chambre, ne se frappe plus, insulte beaucoup moins son entourage, est possible à garder autrement qu'enfermée à clé dans sa chambre.

Après trois semaines de traitement (C'est-à-dire le 27 janvier 1960), l'Equanil est arrêté et on continue la thioridazine seule à raison de 0,150 g. par jour sans aucune aggravation de l'état de l'enfant.

Bien entendu, la démence n'a guère été améliorée par la thioridazine, mais ce traitement a, incontestablement, agi, et de façon fort efficace sur l'excitation physique et psychique de cette malade.

Pendant toute la durée du traitement, il n'a été observé ni modification de la numération globulaire, formule sanguine (qui est normale), ni chute ou élévation de la tension artérielle, ni éruption cutanée, ni syndrome extra-pyramidal, ni galactorrhée, ni sucre, ni albumine dans les urines. Les examens de fond d'œil ont toujours été normaux. L'électroencéphalogramme impossible à enregistrer le 6 janvier 1960, a montré le 11 janvier 1960 (après cinq jours de thioridazine) un tracé anormal du fait de l'abondance des rythmes lents ; mais pas de signes de comitialité et pas de signes de souffrance en foyer.

En conclusion, l'intervention neurochirurgicale n'est plus envisagée et l'enfant retourne provisoirement dans sa famille ; son comportement est toujours dément mais son agitation et sa logorrhée sont calmées.

OBS. 7. — B... Annie.

Adolescente de quinze ans, hospitalisée à la Salpêtrière en janvier 1960 pour des troubles du comportement.

Histoire de la maladie : depuis quinze jours, la malade se trouve changée : son visage et son regard grandissent, mais son corps ne change pas. Elle se regarde dans la glace plusieurs fois par jour, ne se trouve pas belle et veut aller voir le chirurgien esthétique. Elle entend des voix qui lui disent des injures. Elle a d'importants rites de lavage.

Antécédents personnels : la grossesse et l'accouchement ont été normaux ; l'enfant a crié tout de suite. Son premier développement psycho-moteur est normal. Du point de vue scolaire, elle a eu son certificat d'études primaires en 1958. En septembre 1959, elle a eu des hallucinations auditives : elle entendait, d'une part des voix d'hommes et de femmes sur l'oreiller, répé-

tant sa pensée en écho, d'autre part des voix de personnes connues, proches (voisins, concierge, parents), lui parlant « intérieurement ». Ces voix lui disaient des injures, des menaces.

Annie leur répond « en entenie ». Les parents soutiennent Annie ainsi que d'autres personnes connues. Ces hallucinations auditives avaient disparu après un traitement à la chlorpromazine.

Antécédents familiaux : la mère est bien portante, nerveuse, très protectrice. Le père, bien portant, paraît très soumis et culpabilisé. Un frère de vingt ans est dessinateur. Un frère de dix ans est normal.

Examen clinique : au moment de son hospitalisation, en janvier 1960, le diagnostic de schizophrénie est évident devant les hallucinations auditives, l'automatisme mental, les rites de lavage, le signe du miroir. Mais il n'y a pas de discordances. L'examen somatique ne révèle rien, si ce n'est un embonpoint important (58 kg. 300 pour 1 m. 51). Les examens du fond d'œil et les numérations globulaires, formules sanguines sont normaux. Il n'est pas possible de tester la malade.

Traitement : du 23 janvier 1960 au 4 février 1960, on donne à la malade 0,100 g. par jour de thioridazine (quatre comprimés, dosés à 0,025 chacun). Il n'y a aucune amélioration. On essaie alors, pendant trois semaines (du 9 février 1960 au 28 février 1960), la réserpine, 0,005 g. par jour, associée au Noziman 0,150 g. par jour (six comprimés). Il n'y a toujours pas d'amélioration et le 2 mars 1960, on commence une cure de Sackel. L'adolescente subit, du 2 mars au 25 mai 1960, quarante comas insuliniques associés à la chlorpromazine (0,100 g. par jour sous forme de gouttes). L'adolescente sort le 4 juin 1960, reprise par sa famille. Elle paraît très légèrement améliorée.

En septembre 1960, elle est revue à la consultation. Le comportement est tolérable en famille mais les hallucinations auditives persistent toujours ; elle continue à prendre de la chlorpromazine à raison de 0,225 g. par jour (sous forme de gouttes). En novembre 1960, Annie participe à la vie familiale, mais elle a toujours des hallucinations auditives, un automatisme mental, des rites de lavage importants. On essaie un traitement à l'Halopéridol et progressivement on lui donne XXIV gouttes par jour. En mars 1961, Annie est maintenue dans sa

famille, mais en réalité, son état n'est guère amélioré. Toute son activité se limite à suivre sa mère lorsque celle-ci fait des courses. Comme traitement, elle a toujours de l'Halopéridol (XX gouttes par jour). Le 20 avril 1960, Annie est hospitalisée à nouveau en vue d'une nouvelle cure de Sackel.

En conclusion, dans cette observation, la thioridazine semble avoir échoué au même titre que les autres thérapeutiques. Il faut cependant insister, d'une part, sur la faible dose de thioridazine administrée à l'adolescente, d'autre part, sur la trop courte durée du traitement. Quoiqu'il en soit il n'y a eu aucun incident.

OBS. 8. — Z... Anne-France.

L'adolescente âgée de quatorze ans, entre dans le service le 27 janvier 1960 pour une importante instabilité psycho-motrice et des colères.

Histoire de la maladie : Depuis octobre 1959, Anne-France va dans une école professionnelle. Tout d'abord elle travaille bien, puis peu à peu, elle devient de plus en plus instable, fait des crises de nerfs lorsque la maîtresse la gronde, et, au début de janvier 1960, elle a, à plusieurs reprises, des mouvements désordonnés du bras gauche, des tics, elle fait des colères violentes, et, vers le 25 janvier, son instabilité devient telle qu'elle est renvoyée de l'école.

Antécédents personnels : c'est, aux dires de la mère, une prématurée, née à sept mois (par forceps), mise en couveuse. Elle a un gros retard du premier développement psycho-moteur, puisqu'elle n'a marché qu'à deux ans et demi, a fait ses premières phrases après quatre ans et que la propreté nocturne n'est pas acquise à l'âge de six ans. L'adolescente a subi de très nombreux changements. Jusqu'à quatre mois, elle vit avec ses parents, de quatre à huit mois, elle est en pouponnière, de deux à quatre ans, elle est élevée par sa mère, toutes les deux habitent chez les grands-parents maternels. Le comportement est normal à la maison, mais lorsque l'enfant va à l'école maternelle, elle est renvoyée. De quatre à cinq ans et demi, elle est placée chez une nourrice. Les troubles du comportement débutent avec ce nouveau placement : elle casse tout, arrache les

fleurs, martyrise les animaux, a des colères, est énurétique et la nourrice ne veut pas la garder. De cinq ans et demi à six ans, elle revient au foyer des grands-parents, mais elle est infernale, elle continue à avoir des colères violentes, à tout détruire, à martyriser les animaux, c'est pourquoi elle est hospitalisée aux Enfants Malades (HEUYER) d'octobre 1952 à janvier 1953. De six à onze ans, elle va dans un institut médico-pédagogique : son adaptation est difficile et elle reste très instable. De onze à quatorze ans, elle est reprise par sa mère et va dans une école professionnelle à partir d'octobre 1959.

Antécédents familiaux : les parents sont séparés depuis 1948 (l'enfant avait deux ans). C'est une enfant unique. Il existe des antécédents comitiaux chez les collatéraux de la mère.

Examen clinique : au moment de l'hospitalisation, l'examen somatique est normal, en particulier, il n'y a aucun trouble neurologique. Du point de vue du comportement, l'adolescente est très instable, sans cesse en mouvement. Elle fait des colères, déchire ses feuilles de température, refuse d'obéir aux infirmières.

L'examen du fond d'œil est normal. Il montre des vaisseaux un peu sinueux. L'électroencéphalogramme donne un tracé dans les limites du normal.

Au W.I.S.C., le quotient intellectuel verbal est à 79, le quotient intellectuel de performance est à 103, le quotient intellectuel global à 90. L'adolescente s'agite beaucoup au cours de l'examen. Elle a des mouvements désordonnés, saccadés des mains et surtout des pieds. Elle est très rapide dans les épreuves de performance au cours desquelles elle se sent plus à l'aise. Le niveau intellectuel est médiocre avec hétérogénéité des deux échelles. Le niveau verbal est bas, le vocabulaire, les acquisitions scolaires sont pauvres, le jugement et la compréhension médiocres. L'enfant a une bonne aptitude à manipuler intelligemment un matériel correct.

Traitement : du 27 janvier au 5 février 1960, l'adolescente est sans traitement. Pendant cinq semaines environ (du 5 février au 15 mars 1960) on donne à la malade 0,125 g. par jour de thioridazine (cinq comprimés dosés à 0,025 g. chacun). Au bout de dix jours, l'état de l'adolescente est très amélioré, elle est beaucoup plus tranquille, plus obéissante. Elle sort le 15 mars 1960, pour aller dans un institut médico-pédagogique, à Angers.

Au cours du traitement, une numération globulaire, formule sanguine faite quinze jours après le début du traitement, a montré l'existence d'une leucopénie (4.500 globules blancs) avec neutropénie (51 %), toutes les deux transitoires, puisqu'une nouvelle numération globulaire, formule sanguine faite le 3 mars 1960 (un mois après le début du traitement) est parfaitement normale (globules blancs 8.400, polynucléaires neutrophiles 66 %). Par ailleurs, il n'y a eu aucun autre incident.

En conclusion, dans cette observation, compte tenu de la séparation d'avec la famille, la thioridazine a permis à l'adolescente d'être assez rapidement plus calme et on a pu ainsi, la mettre plus vite dans un institut médico-pédagogique.

Obs. 9. — M... Barbara et Elizabeth.

Les enfants, jumelles, âgées de dix ans, sont hospitalisées le 5 janvier 1960 pour des troubles du comportement et un très important retard psychique et scolaire.

Histoire de la maladie : les deux enfants sont renvoyés de l'école, elles sont en effet très instables, Elizabeth encore plus que Barbara ; elles ne parlent pour ainsi dire pas le français, mais un langage, vaguement apparenté au Hongrois, qui, semble-t-il a été composé par elles, et qu'elles sont seules à comprendre. Barbara cependant arrive à lire, mais il n'y a pas moyen de la faire écrire (dit la maîtresse de onzième) alors qu'elle lit et calcule comme les autres enfants.

Antécédents personnels : la mère a été albuminurique pendant la grossesse, le cri est immédiat. Du point de vue psychomoteur elles se tiennent assises à cinq-six mois, marchent à quatorze mois, mais ne parlent pas jusqu'à cinq ans. Vers l'âge de trois ans et demi, elles sont propres pendant un certain temps, puis elles refusent de faire sur le pot jusqu'à l'âge de cinq ans et demi. Depuis leur naissance jusqu'à l'âge de trois ans, elles ont grandi, isolées dans une chambre, sans affection aucune, nourries par une bonne française à laquelle elles ne se sont guère attachées. De cinq à huit ans, elles vont au Jardin d'Enfants, toute la journée, mais elles n'ont pas de rapports avec les autres enfants ; Barbara et Elizabeth sont toujours ensemble, se font des signes et sont assez agressives vis-à-vis des autres enfants.

Antécédents familiaux : Les parents sont des réfugiés hongrois. La mère est assez pathologique : elle a rejeté les enfants dès leur naissance et ne leur a jamais témoigné aucune affection ; elle ne leur parlait jamais, ne s'occupait que des soins matériels, ne venait jamais les voir dans leur chambre, les laissant complètement livrées à elles-mêmes. Par contre, elle aime ses autres enfants dont elle s'est toujours très bien occupée. Le père, intelligent, serait normal, mais en fait il ne s'est jamais préoccupé des jumelles. Il y a trois autres enfants : une fille aînée normale, un garçon, âgé de douze ans, a une maladie de Little, travaille très bien en quatrième au lycée, une fille plus jeune que les jumelles. Les parents et les enfants parlent hongrois entre eux ; la mère ne sait que le hongrois ; le père et les enfants parlent très bien le français.

Examen clinique : au moment de leur hospitalisation, Barbara et Elisabeth sont parfaitement normales du point de vue somatique. Par contre, leur comportement est assez spécial : très instables, elles sont toujours en mouvement, vont d'un lit à l'autre, essayent de se rejoindre alors qu'elles sont dans deux salles différentes. Barbara, beaucoup plus qu'Elisabeth semble comprendre un peu ce qu'on lui dit mais ni l'une ni l'autre ne parle le Français. Elles sont violentes et se battent volontiers avec leurs voisines. Les examens de fond d'œil, les numérations globulaires, formules sanguines, les électroencéphalogrammes sont normaux.

Le 7 janvier 1960, il est possible de leur faire faire un Borelli-Oleron qui donne, pour Barbara, un âge mental de performance entre huit ans six mois et neuf ans pour un âge réel de neuf ans un mois. Le rendement au cours de ce test est extrêmement irrégulier. L'enfant est très instable, la plupart du temps, elle n'écoute pas et ne tient pas compte des consignes. Malgré tout, elle est capable, par moments, d'une certaine concentration qui lui permet de réussir des épreuves difficiles. Elle n'est certainement pas débile, au contraire, le niveau mental semble pratiquement normal, lorsqu'elle consent à se concentrer sur une tâche. Devant les difficultés, l'enfant a des réactions très vives et impulsives. Pendant toute l'épreuve, elle a un bavardage incessant, peu compréhensible, peu adapté et frisant l'incohérence. Le test d'Elisabeth donne un âge mental de performance à huit ans trois mois pour un âge réel de neuf ans un mois avec un quotient intellectuel à 90. Elle est aussi instable que sa sœur mais plus franchement opposante et peut-être moins

bizarre. Elle est extrêmement capricieuse, fait des facéties, cache les objets, ne tient plus en place, se cache sous la table, etc... Elle est très agitée et chantonne sans arrêt. Le quotient intellectuel serait peut-être meilleur si le comportement était mieux adapté au test.

Traitement : en ce qui concerne Barbara : le 15 janvier 1960, l'enfant n'étant absolument pas amélioré par dix jours d'hospitalisation est mise à la chlorpromazine à raison de 0,100 g. par jour (sous forme de gouttes). Ce traitement est poursuivi pendant un mois et demi. Cependant l'enfant est très somnolente tout en étant très difficile et même agressive. Le 9 mars 1960, après arrêt de la chlorpromazine, on lui prescrit 0,075 g. par jour de thioridazine (trois comprimés dosés à 0,025 g. chacun), puis 0,125 g. par jour (cinq comprimés pendant cinq semaines). Dès le cinquième jour, l'enfant est beaucoup moins agressive, moins instable, beaucoup plus calme, pas du tout somnolente ; après dix jours de traitement, elle va à l'école du service, écoute et obéit à certaines observations, commence à s'occuper à de menus travaux. Au cours de son séjour, elle apprend quelques mots de français et parle avec ses compagnes.

Le 2 juillet 1960, l'enfant sort avec un traitement d'entretien : 0,100 g. par jour de thioridazine (deux comprimés). Malheureusement il n'a pas été possible de savoir ce qu'est devenue l'enfant après sa sortie.

Elizabeth reçoit du 14 janvier au 23 janvier 1960 0,100 g. par jour de chlorpromazine (sous forme de gouttes), puis, du 23 janvier au 19 avril 1960, on lui donne 0,050 g. par jour (deux comprimés dosés chacun à 0,025 g.) de thioridazine. Le résultat obtenu est médiocre même après association de Phénergan (une cuillère à soupe).

Du 19 avril au 10 mai 1960, on essaie de lui donner de la réserpine à raison de 0,003 g. par jour mais l'enfant est encore plus instable et encore plus agressive avec ce traitement. C'est pourquoi, on lui donne à partir du 10 avril 1960, 0,100 g. par jour (quatre comprimés) de thioridazine ; quelques jours après le début de ce traitement, Elizabeth est beaucoup plus calme, moins agressive, beaucoup moins instable. Ce traitement est poursuivi jusqu'au 2 juillet 1960, date à laquelle l'enfant sort.

Au cours du traitement par la thioridazine, ni Barbara, ni Elizabeth n'ont présenté le moindre incident.

OBS. 10. — C... Anita.

L'adolescente âgée de dix-sept ans, est hospitalisée le 1^{er} février 1960, à la suite d'une fugue.

Histoire de la maladie : depuis quinze jours, la malade est triste, pleure, reste dans le coin d'une pièce, ne répond que très difficilement, refuse de s'habiller, puis, un jour, le 20 janvier, elle disparaît et n'est retrouvée au Commissariat de Police que deux jours plus tard. Au cours de cette bouffée délirante, la malade fait une tentative de suicide après avoir eu des rapports sexuels avec un inconnu qu'elle a rencontré et qui l'a amenée chez lui.

Antécédents personnels : la grossesse et l'accouchement ont été normaux ; le cri immédiat. Le premier développement psychomoteur est normal (marche à treize mois, parle à deux ans) ; mais à l'âge scolaire, Anita commence à avoir des difficultés, elle est instable, n'apprend rien. A l'âge de huit ans et demi, elle est placée dans un institut médico-pédagogique de Bric-sur-Marne, où elle reste et où elle acquiert lecture, écriture et calcul simple. Elle fait une primo-infection à l'âge de douze ans, pour laquelle elle est hospitalisée aux Enfants Malades, où elle a sa première crise : elle craint d'être empoisonnée. Depuis 1958, Anita fait des bouffées délirantes avec hallucinations auditives qui sont déclenchées à l'occasion des règles. Les derniers épisodes ont l'air plus interprétatifs qu'hallucinatoires.

Antécédents familiaux : le père et la mère sont bien portants.

Examen clinique : au moment de l'hospitalisation, l'examen somatique est normal. L'examen gynécologique met en évidence que cette jeune fille a eu des rapports sexuels. L'examen psychiatrique montre que la malade est dans un état confusionnel important.

Du point de vue des tests, un Wechsler-Bellevue est fait le 8 février 1960. Il montre qu'il s'agit d'une débile profonde. En effet, le quotient intellectuel verbal est à 55, le quotient intellectuel de performance à 42, le quotient intellectuel global à 48. Pendant le test, des rires immotivés et fréquents alternent avec des moments où le sujet se montre opposant et agressif vis-à-vis des

examineurs. Elle a un sentiment d'échec, se fatigue vite et pleure quand elle n'arrive pas à exécuter une tâche. Le niveau intellectuel est probablement sous-estimé en raison de l'opposition du sujet et de son refus de chercher. De toute façon, il est inférieur à 60, elle ne comprend pas les consignes du code, s'énervé et refuse de le faire. Elle a quelques bizarreries et de mauvaises perceptions.

L'électro-encéphalogramme montre un tracé anormal du fait de la très grande abondance des rythmes rapides mais ne montre pas de signes évoquant une souffrance cérébrale organique. Les examens du fond d'œil et les numérations globulaires, formules sanguines sont normaux. En résumé, il s'agit d'une bouffée délirante chez une débile profonde.

Traitement : Pendant quinze jours (du 8 février au 17 février 1960), elle a 0,100 g. de chlorpromazine par jour (gouttes), mais son agitation est très peu calmée et elle dort mal. C'est pourquoi, du 17 février 1960 au 10 mars 1960, on lui prescrit 0,150 g. par jour de thioridazine (six comprimés).

Deux ou trois jours après le début du traitement, l'agitation de la malade est calmée, elle dort, mais il semble impossible de garder cette jeune fille à domicile, malgré le désir de la mère. Elle sort le 10 mars 1960, sans traitement, reprise par la mère, mais le 25 mars 1960, elle est hospitalisée à Henri-Roussel.

OBS. 11 : T... Claude.

L'enfant âgé de sept ans, est hospitalisé à la Salpêtrière le 24 février 1960 pour des troubles caractériels.

Histoire de la maladie : L'enfant est amené par sa mère pour renvoi de différentes écoles par suite de son instabilité. Il est d'ailleurs difficile d'avoir beaucoup de renseignements très précis. Cependant Claude serait nerveux, très taquin avec ses camarades de classe. Il se bat avec des filles plus âgées que lui. Il frappe l'homme qui vit maritalement avec sa mère et qui n'est pas son père. Mme T..., de son côté, bat violemment son fils, qui rit, elle le met à la porte. L'enfant alors traîne dans la rue. En réalité, Mme T... désire placer son fils dans une maison de « rééducation ».

Antécédents personnels : La grossesse et l'accouchement ont été normaux. L'enfant est né à huit mois et demi. Il a crié immédiatement. Mis en nourrice dès sa naissance, Claude ne marche qu'à dix-huit mois, ne parle pas très bien et tard, semble-t-il, puisqu'à dix-huit mois il dit seulement papa et maman; il comprend ce qu'on lui dit, mais ne retient rien. Les nourrices successives ne veulent pas le garder car il est énurétique et n'a jamais été propre. Il revient chez sa mère en décembre 1959, c'est-à-dire à l'âge de six ans et demi.

Antécédents familiaux : Le père est inconnu. La mère est un peu débile. Elle vit maritalement avec un homme que Claude n'aime guère. Une demi-sœur de l'enfant, âgée de douze ans, est morte en 1958 de leucémie. Elle était, aux dires de la mère, très intelligente, travaillait bien en classe où elle avait de bonnes notes. Elle est très aimée et très regrettée de sa mère qui déplore d'avoir perdu une enfant « si intelligente », alors qu'elle a gardé un fils « si terrible ».

Examen clinique : Au moment de l'hospitalisation, l'examen somatique est normal, mais révèle d'une part l'existence d'ecchymoses dues aux coups reçus par l'enfant, d'autre part qu'il s'agit d'un gaucher. Du point de vue psychiatrique, l'enfant est agressif, va provoquer ses voisins, les tourmente, mais il est plus taquin que batailleur. Très instable, il saute sans arrêt sur son lit, casse toutes ses petites autos, regarde à peine les illustrés apportés par sa mère. Il est énurétique.

Le résultat des tests est assez homogène, et traduit un retard intellectuel : en effet, un Merrill-Palmer, fait le 29 février 1960 donne un âge mental de quatre ans huit mois pour un âge réel de six ans onze mois. Pendant les tests, il s'établit un bon contact, l'enfant parle facilement, est assez instable. L'exécution des épreuves est lente. L'enfant a des syncinésies. Une recherche de la dominance latérale montre une prédominance latérale gauche homogène, pour la main et le pied mais l'enfant est droitier pour l'œil.

L'électroencéphalogramme est normal. Après quinze jours d'hospitalisation, l'enfant n'est plus énurétique, mais il est très agressif et très instable.

Traitement : On prescrit alors, le 8 mars 1960, 0,100 g. par jour (quatre comprimés) de thioridazine. Trois jours après le

début du traitement, l'enfant est beaucoup plus calme, son agressivité est bien moins marquée, il continue à être propre.

Le 14 mars, l'enfant a de la fièvre (38°5), une éruption légère au niveau de la face, du tronc et des membres, des ganglions sous-occipitaux, on pense à la possibilité d'une rubéole ou d'un rush rubéoliforme dû à la thioridazine. Une formule sanguine confirme le diagnostic de rubéole et l'éruption disparaît après quarante-huit heures, bien que la thioridazine soit continuée à la même dose. Le 28 mars 1960, l'enfant sort après 28 jours de traitement. Il est calme, gentil et propre. Après quinze jours de thioridazine, l'examen du fond d'œil est normal. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines, l'enfant n'a pas eu de syndrome extra-pyramidal, il n'a pas été somnolent, bien qu'il ait reçu une dose relativement importante puisqu'il s'agit d'un enfant de sept ans qui a pris 0,100 g. par jour de thioridazine pendant vingt-huit jours. En conclusion, dans cette observation, bien que la séparation famille enfant joue un rôle incontestable et d'autant plus important qu'elle est plus prolongée, il semble que la thioridazine, en agissant rapidement, permette d'écouter la durée de l'hospitalisation.

OBS. 12 : G... Marie-Odile.

L'enfant, âgée de huit ans, est hospitalisée le 29 février 1960, à la Salpêtrière, pour une chorée de Sydenham avec troubles caractériels.

Histoire de la maladie : Depuis le 14 février 1960, l'enfant est sujette à des troubles du caractère, faits d'une très grande irritabilité et d'une importante instabilité avec forte gêne à l'écriture ; elle a, en outre, des mouvements anormaux au niveau des mains et des pieds. L'ensemble de ces symptômes justifie l'hospitalisation.

Antécédents personnels : La grossesse et l'accouchement sont normaux, le cri est immédiat. Le premier développement psychomoteur est normal. Dans l'enfance, il n'y a aucun antécédent streptococcique : pas d'angines, pas de rhumatisme articulaire aigu.

Antécédents familiaux : le père est bien portant. La mère a un rhumatisme articulaire aigu.

Examen clinique : Au moment de son hospitalisation, il existe des mouvements choréiques typiques des mains et des pieds, exagérés par l'attention : il y a peu de mouvements au niveau de la face, une hypotonie très importante, des réflexes ostéotendineux du type pendulaire. La gorge est normale, le cœur est normal à l'auscultation.

Du point de vue psychiatrique, l'enfant est très instable, ne tenant guère en place ; elle est extrêmement irritable, se met très facilement en colère. Les examens complémentaires confirment le diagnostic de chorée. La vitesse de sédimentation est accélérée (18.45.95 le 3 mars 1960 - 12-30.105 - le 10 mars 1960), la fibrine est légèrement augmentée (3,40 g. pour mille), le taux des antistreptolysines 0 est élevé (480 U.A.S.). L'électrophorèse est sensiblement normale. L'électrocardiogramme est normal. La numération globulaire, formule sanguine, montre l'existence d'une hyperleucocytose (10.500 globules blancs) avec polynucléose (72 %), mais elle redevient normale après dix jours de traitement (11-3-60). Les examens du fond d'œil sont normaux (8 mars et 15 mars 1960). Un électro-encéphalogramme fait le 10 mars 1960 montre un tracé anormal du fait de son peu d'organisation et de l'abondance de son contenu lent.

Au Binet Simon, l'âge mental est de neuf ans pour un âge réel de huit ans et demi ; le quotient intellectuel est à 107. Le niveau intellectuel est moyen, bon niveau de raisonnement, bon niveau scolaire, l'enfant réussit des épreuves de dix ans. Du point de vue du comportement pendant le test, l'enfant est très gênée par ses gestes saccadés qui l'empêchent d'écrire et de dessiner. Elle ne le manifeste cependant pas verbalement.

Traitement : L'enfant est traitée par une injection intramusculaire d'Extencilline (1.200.000 unités) et 0,100 g. par jour (en quatre prises) de thioridazine. Huit jours après le début du traitement, l'amélioration est très nette, l'enfant est bien plus calme, elle n'est plus irritable ni instable. Peu à peu tous les petits mouvements des mains et des pieds rétrocedent, puis disparaissent. Elle sort le 17 mars 1960 avec le traitement suivant : Extencilline (1.200.000 unités toutes les trois

semaines en injection intra-musculaire) et chlorpromazine 0,050 g. par jour (deux comprimés) parce que la thioridazine n'est pas encore commercialisée en France.

Au cours du traitement, l'enfant n'a eu ni éruption cutanée, ni sucre ni albumine dans les urines, ni syndrome extrapyramidal ni galactorrhée.

OBS. 13 : D... Eliane.

L'adolescente, âgée de 15 ans, est hospitalisée à la Salpêtrière au début du mois de mars pour un délire interprétatif.

Histoire de la maladie : A partir du fait réel, du retrait de chez sa mère par la Protection des Mineurs, Eliane construit une affabulation paranoïaque interprétative très riche. Son délire comprend tous les thèmes classiques : complot contre sa mère, son demi-frère et elle-même, érotisme, drogue, recours aux « personnalités ». Son histoire se rattache souvent à celle des « Ballets Roses ». La mère de l'enfant lui écrit des lettres dont le contenu est identique et, pendant un moment, il était possible de penser que le délire était induit et que la séparation d'avec la mère permettrait à Eliane de prendre du recul, mais il n'en est rien, et actuellement le délire se trouve très fortement structuré.

Antécédents personnels : Il semble que la grossesse, l'accouchement, la naissance, le premier développement psychomoteur aient été normaux.

En 1951, la mère est déchue de ses droits et l'enfant est confié à la grand-mère (Eliane est âgée de six ans). En 1956 (Eliane a onze ans), la mère obtient le droit de garde de sa fille. De 1956 à 1958 (de onze à treize ans), Eliane vit avec sa mère. Pendant trois mois, elle va à l'école, puis il semble qu'elle soit entraînée dans l'inconduite par sa mère. En octobre 1958, Eliane va habiter la campagne chez sa grand-mère maternelle. En mars 1960 (Eliane a quinze ans), la mère est définitivement déchue de ses droits, l'enfant est envoyée à l'Assistance Publique (Enfants Assistés), puis à la Salpêtrière pour une observation.

Antécédents familiaux : le père est inconnu. Il aurait violé la mère. La mère est paresseuse, déséquilibrée, extravagante. Elle vend des journaux « Paris-Montmartre » dans les bars, dans les cafés de Montparnasse. Elle fait les poubelles. Elle a un dossier au service des Aliénés de la Préfecture de Police et est connue comme revendicatrice et procédurière. Une tante maternelle, âgée de trente ans, qui, de temps à autre s'est occupée de l'enfant, est extravagante et déséquilibrée. La grand-mère maternelle (Eliane a habité avec elle pendant un certain temps) apparaît plus déséquilibrée que ses deux filles. Un frère âgé de treize ans, né de père inconnu, est placé à l'institut médico-pédagogique de Perray-Vaucluse (suivi par HEUYER).

Examen clinique : au moment de son hospitalisation, l'examen somatique est normal. Du point de vue psychiatrique, il s'agit d'une enfant au contact facile, nullement opposante, délirante. Son délire est fortement structuré et en définitive nullement induit par le délire de la mère.

L'examen du fond d'œil, la numération globulaire, formule sanguine, et l'électroencéphalogramme sont normaux.

Un Wechsler-Bellevue fait le 4 avril 1960, donne un quotient intellectuel verbal à 99, un quotient intellectuel de performance à 80, un quotient intellectuel global à 87. Du point de vue du comportement, le sujet est docile et coopérateur. Il s'inquiète des résultats obtenus, a peur de ne pas savoir. Le niveau intellectuel est médiocre dans l'ensemble, le scatter est dispersé. Le niveau verbal est moyen, malgré une chute aux problèmes et aux répétitions de chiffres. Aux épreuves de compréhension le jugement est bon, les réponses adaptées aux situations, il n'y a aucune réponse bizarre. Le vocabulaire est pauvre. Les épreuves de performance sont mauvaises en raison d'une perception très défectueuse. Il existe quelques troubles de l'organisation spatiale et de la représentation perceptive. Les tests projectifs sont faits le 11 avril 1960.

Au Rorschach, le protocole est caractérisé par une productivité élevée, un contenu formel peu adapté à la réalité, et une répression des moments affectifs et dynamiques. Les premières planches ont en effet libéré chez le sujet une forte anxiété contre laquelle il ne peut se défendre, sinon par des mécanismes obsessionnels mal adaptés. Eliane se montre capable de donner ensuite quelques bonnes interprétations mais se laisse à nouveau submerger par cette anxiété. Les planches en couleur, donnent lieu à des interprétations

meilleures sur le plan formel. D'autre part, l'affectivité, jusque-là refoulée, est capable de se manifester. Dans l'ensemble, la personnalité est faible, peu structurée ; sur ce terrain fragile, sans que l'on puisse parler de thèmes délirants, apparaît une « tendance » à l'interprétation autour d'un élément et une tendance à associer entre eux des éléments sans conformité avec la réalité. Le sujet se sent menacé dans sa sécurité, et ses contacts avec l'entourage sont mauvais, car il cherche à se protéger.

Au T.A.T., on retrouve les mêmes mécanismes de défense obsessionnels (dans toutes les situations sur le choix des thèmes et l'importance accordée aux petits détails), la pensée est floue, incertaine, mais les situations habituellement bien vues, avec une tendance à banaliser le contenu de ses interprétations. Les relations avec la figure maternelle sont mauvaises. La mère est culpabilisée et elle éprouve à son égard des sentiments abandonniques. La figure paternelle apparaît peu, de même que le couple père-mère. La femme est souvent abandonnée ou seule, et la situation de relation avec une figure masculine est vue sur un mode optatif. Les tendances interprétatives remarquées au Rorschach n'apparaissent pas ; le protocole du T.A.T. est mieux adapté à la réalité, les effets sont plus stabilisés.

Traitement : Pendant douze jours (du 5 au 16 mars 1960), l'adolescente est traitée par la chlorpromazine à raison de 0,150 g. par jour, pendant six jours, puis 0,100 g. par jour pendant six jours (sous forme de gouttes), mais il n'y a aucune amélioration : la malade est toujours aussi délirante.

Le 16 mars 1960, on commence un traitement à la thioridazine, à raison de 0,100 g. par jour (deux comprimés) pendant environ deux mois et demi (du 16 mars au 25 mai 1960). Cinq jours après le début du traitement, l'adolescente commence à être améliorée, elle a semble-t-il, plus de recul vis-à-vis de son délire. Cette impression se confirme, et peu à peu les idées délirantes disparaissent. L'enfant retourne aux Enfants Assistés le 25 mai 1960. Elle est guérie, sinon définitivement, du moins transitoirement. Au cours du traitement, elle n'a présenté aucun incident.

En conclusion, le délire de cette adolescente âgée de quinze ans, qui pendant un temps, semblait induit par le délire de la mère, n'a pas régressé lors de la séparation mère-fille. Il n'a guère été amélioré par la chlorpromazine ; par contre, la thioridazine, semble avoir fait disparaître rapidement ce délire de forme paranoïaque et interprétative fortement structurée.

OBS. 14. — V... Christiane.

L'enfant, âgée de dix ans, est hospitalisée à la Salpêtrière le 17 mars 1960, pour instabilité, violences, fugues et dépression.

Histoire de la maladie : Depuis quelques jours, l'enfant (qui était dans un préventorium), est en proie à une agitation intense, elle pousse des cris, fait une tentative de fugue, puis essaie de se jeter par la fenêtre. De plus, elle est extrêmement brutale avec les autres enfants. Christiane est reprise par sa mère, mais son comportement continue à être tout à fait anormal : elle frappe les personnes qui s'occupent d'elle, les injurie, fait des fugues au cours desquelles elle se laisse emmener par des messieurs rencontrés dans la rue. Elle menace de se suicider.

Antécédents personnels : l'enfant est née à terme, après une grossesse normale, mais en état de mort apparente, elle a dû être réanimée. Elle est nourrie au sein pendant un an. Le premier développement psycho-moteur n'est pas tout à fait normal ; l'enfant ne se tient assise qu'à un an, ne marche qu'à deux ans ; cependant elle prononce ses premiers mots à un an, ses premières phrases à deux ans, et est propre vers deux ans et demi. Après avoir vécu un an et demi avec sa mère, Christiane a, entre deux et neuf ans, subi sept changements.

A l'âge de deux ans, elle fait une coqueluche avec des convulsions au cours des quintes, mais n'a pas de crises après la guérison. Cependant les troubles du comportement semblent débiter après cette coqueluche, vers deux ans et demi. A l'âge de sept ans, l'enfant, renversée par un taxi fait une chute avec coma. En décembre 1959, à l'âge de onze ans, elle fait sa primo-infection. Du point de vue scolaire, Christiane est allée à l'école maternelle de trois à cinq ans, à cet âge, elle a été renvoyée pour violence (frappe un petit garçon à coups de valise et le blesse, perce l'hymen d'une petite fille avec une branche).

Antécédents familiaux : le père est décédé en 1958. C'était un toxicomane (morphine, cocaïne). Très violent, il menaçait continuellement de se suicider ; il s'est séparé de sa femme peu de temps avant la naissance de Christiane. La mère, âgée de trente-trois ans, sans profession, est une comitiale mais ne suit aucun traitement (elle fait environ une crise tous les mois).

Le beau-père, M. L..., monteur électricien, a des tics. Christiane pense qu'il est son père. Il y a cinq enfants du premier mariage et un garçon du deuxième mariage (âgé de dix ans, actuellement placé à l'institut médico-pédagogique de Jurançon), instable, mais il aurait un rendement scolaire moyen.

Examen clinique : au moment de son hospitalisation, l'examen somatique est parfaitement normal ; l'examen psychiatrique montre qu'il s'agit d'une enfant très instable, turbulente, insolente, grossière, violente (menace de crever les yeux de sa mère lorsque cette dernière la contrarie, a lancé un couteau à la tête de son beau-père, des ciseaux à la tête de son frère) est jalouse de son demi-frère. Elle est sujette à de très fortes colères, est cruelle avec les animaux (a piétiné un petit chat), se masturbe.

Le Wechsler-Bellevue met en évidence une débilité puisque le quotient intellectuel verbal est à 68. Pendant le test, elle est très instable, met les doigts à la bouche constamment, s'arrache les ongles avec les dents au cours de l'épreuve. Le niveau intellectuel est faible, les épreuves verbales donnent des résultats inférieurs à ceux de l'échelle de performance. Les connaissances scolaires sont extrêmement pauvres.

Un électroencéphalogramme fait le 26 mars 1960, donne un résultat différent de celui de 1954 (tracé altéré montrant l'existence d'un foyer d'activité paroxystique rolandique droit) mais semblable au résultat de 1958 : il montre un tracé anormal du fait de sa lenteur, de son peu d'organisation, sans signes typiques de comitialité, sans signes de souffrance en foyer. L'examen du fond d'œil est normal.

Traitement : L'enfant ne reçoit rien pendant une dizaine de jours, mais malgré l'hospitalisation, elle est toujours aussi instable, turbulente, coléreuse et déprimée.

Le 26 mars 1960, l'enfant est mise à la thioridazine à raison de 0,100 g. par jour (en deux prises), pendant un mois (jusqu'au 16 avril 1960). Trois ou quatre jours après le début du traitement, l'enfant est beaucoup plus calme, plus obéissante, elle lit, tricote. Elle est beaucoup moins déprimée et explique qu'elle désire être fleuriste pour « gagner des sous et me nourrir ».

Elle sort le 16 avril 1960, reprise par la mère pour un essai

de vie en famille. Mais le 23 juin 1960, après une nouvelle fugue (au cours de laquelle l'enfant aurait été entraînée par un homme qui lui a offert du chocolat), et des violences sur un enfant, elle est hospitalisée à nouveau. Pendant cinq jours, sans traitement, elle donne libre cours à son instabilité et à sa violence.

Le 28 juin 1960, elle reçoit à nouveau de la thioridazine à raison de 0,100 g. par jour (en deux prises) pendant deux mois (jusqu'au 28 août 1960). Elle est à nouveau rapidement améliorée. Le 17 juillet 1960, un niveau scolaire donne les résultats suivants : l'attitude est naturelle jusqu'à l'insolence, le niveau général est celui du cours élémentaire 1^{re} année (sept ans), la lecture est lente, indécise, avec quelques erreurs. Du point de vue du calcul, elle sait faire les quatre opérations, ne sait faire aucun problème, est nulle en calcul mental. En grammaire, le niveau est celui du cours préparatoire, le vocabulaire est très restreint, les connaissances scolaires sont absolument nulles en histoire et géographie. La mémoire visuelle est très mauvaise. L'enfant ne montre aucun intérêt pour le travail scolaire. Elle est incapable de concentration, d'effort intellectuel suivi. Elle est instable, insolente. Elle semble avoir atteint le maximum de ses connaissances. L'électroencéphalogramme, la numération globulaire, formule sanguine, l'examen du fond d'œil sont normaux.

Le 25 juillet 1960, un mois environ après la reprise du traitement, l'enfant fait de gros efforts d'application. Elle s'intéresse à son travail, ce qui permet de constater que cette enfant est capable de faire des progrès et peut-être d'augmenter ses connaissances. Elle est beaucoup plus calme, plus obéissante, mais elle reste toujours un peu triste.

Le 28 août 1960, l'enfant étant encore triste, on augmente la dose de thioridazine et on lui donne 0,150 g. par jour (en trois prises). Elle sort le 31 août 1960 et doit être placée dans un institut médico-pédagogique.

Pendant toute la durée du traitement, il n'y a eu ni éruption cutanée, ni modification de la numération globulaire, formule sanguine, ni aucun autre incident.

L'action de la thioridazine a été absolument certaine sur l'instabilité, les colères et la violence de la malade ; le médicament a encore permis à l'enfant, non seulement d'être moins

triste, mais encore de pouvoir s'intéresser à son travail scolaire, de faire des progrès, par conséquent d'augmenter ses connaissances, et peut-être ainsi d'apparaître dans quelque temps comme moins débile qu'elle n'est actuellement.

OBS. 15. — C... Renée.

L'enfant âgée de douze ans et demi est hospitalisée à la Salpêtrière le 29 mars 1960, pour des tics.

Histoire de la maladie : en 1957, Renée présente une toux persistante, une amygdalectomie n'entraîne aucune amélioration. A cette toux, s'ajoute bientôt un raclage de gorge permanent. Pendant trois ou quatre mois, des aérosols sont sans résultat. Actuellement, l'enfant grogne (ce grognement est plus un aboiement qu'un grognement), et se racle la gorge, dix à quinze fois par minute. Des examens complémentaires éliminent toute étiologie organique et l'enfant est envoyée dans une consultation psychiatrique. Par ailleurs, elle a d'autres tics, hausse les épaules, cligne sans arrêt des yeux. C'est une gauchère contrariée de façon systématique (on lui attachait les mains à l'école et à la maison). Elle est énurétique et n'a jamais été propre.

Antécédents personnels : l'enfant est née à terme mais à la suite d'un accouchement difficile. Du point de vue du développement psycho-moteur, elle marche à treize mois, parle à dix-huit mois.

Antécédents familiaux : les parents sont bien portants.

Examen clinique : au moment de son hospitalisation, l'examen somatique est tout à fait normal, mais le comportement de l'enfant est assez spécial : elle pleure chaque fois qu'on évoque son institutrice, elle a tendance à rire sans raison et elle a toujours son tic. Dans le service, après quelques jours d'isolement, le tic d'aboiement disparaît ainsi que l'énurésie. L'enfant va à l'école du service, travaille avec goût (deux ans de retard) mais elle refuse tout ce qui livrerait quelque chose d'elle-même (rédaction, dessin). Cependant l'attitude de l'enfant reste inquiétante. Elle ne se confie à personne, ne joue pas avec les autres enfants ; le ton des réponses est très agres-

sif. Du point de vue mimique, il persiste des mouvements spasmodiques de la face et du cou.

Les tests donnent des résultats médiocres. Au W.I.S.C., le quotient intellectuel verbal est à 80, le quotient intellectuel de performance à 87, le quotient intellectuel global à 82. Au cours du test, les tics sont incessants, même pendant les moments où elle se concentre le plus sur une tâche concrète, (débit identique tout au cours de l'examen). Elle rit facilement. Les réponses verbales sont assez pénibles et donnent lieu à des blocages lors des épreuves de compréhension. Elle donne des réponses incomplètes avec désinvolture et sans chercher à préciser sa pensée. Les épreuves de performance sont meilleures et elle y prête davantage attention. Elle est méticuleuse et précise pour les assemblages d'objets et les arrangements d'images. Le niveau général est médiocre, avec des résultats dispersés, spécialement aux tests verbaux. Le niveau de raisonnement abstrait est satisfaisant. Il y a une difficulté de structuration spatiale aux cubes de Khos. Le niveau scolaire est celui du cours moyen première année. La lecture est rapide, courante, mais sans expression. Le ton est monocorde. Elle est très gênée par ses tics. Elle fait peu de fautes, par contre, la mémoire du texte lu est mauvaise. Elle est capable de comprendre le sens général mais ne retient pas le détail. Elle a de grosses difficultés en orthographe. Le niveau est à peine celui du cours élémentaire première année. Au cours de l'examen de dyslexie, on ne remarque pas de faute typiquement dysorthographique. Elle fait quelques confusions de sons, pas d'inversions, elle a une méconnaissance de quelques sons composés et des confusions de ces sons ; mais il s'agit surtout d'un retard scolaire spécifique en orthographe et qui peut être dû en partie aux troubles de structuration spatiale du sujet.

Le test de la figure complexe de Rey : indique de grosses difficultés de structuration perceptive et de représentation spatiale, ce qui confirme les difficultés déjà remarquées aux cubes de Kohs. L'épreuve de mémoire est spécialement mauvaise, le sujet est très long à reproduire les quelques éléments qu'elle a pu enfin dessiner à force de persuasion.

Les protocoles de Rorschach et de T.A.T. sont pauvres. Cette pauvreté est due à une attitude systématique d'opposition vis-à-vis des tests. Cette attitude indique un refus de projection contre laquelle elle se défend en se montrant hostile à tout ce qui lui est proposé. Ses jugements ou ses refus sont catégoriques, faussement assurés, elle ne revient jamais sur sa décision. Elle sourit de temps en temps, sans raison vraiment valable ; insensible aux encouragements, elle refuse de poursuivre le T.A.T. après trois histoires péniblement élaborées à force de questions, ou refuse de reprendre une planche de Rorschach afin de donner davantage

d'interprétations. Au Rorschach, la productivité est faible. Incapable d'envisager les choses dans leur ensemble, elle se réfugie dans les petits détails. Les perceptions sont cependant bonnes, quoique primaires, et les banalités habituellement vues (mis à part les personnages des planches III et VII qu'elle ne peut voir même après suggestion). Les mouvements affectifs et dynamiques sont refoulés. On remarque une anxiété contre laquelle elle lutte par de petits mécanismes de défense obsessionnels qui échouent d'ailleurs à la rassurer. Les contacts humains ou sociaux sont mauvais mais non inexistants, ils sont pour le moment refoulés. La personnalité est mal structurée dans son ensemble.

En conclusion, ou bien il s'agit de troubles du comportement chez une débile, ou bien d'une dissociation commençante.

Traitement : pendant deux mois, du 21 mars au 31 mai 1960), l'enfant est traitée par le Tofranil 0,025 g. puis 0,050 g. par jour (en une puis deux prises), associé au sirop de chloral. Elle reste cependant assez indifférente.

Le 31 mai 1960, on commence un traitement à la thioridazine à raison de 0,150 g., puis 0,200 g. par jour (en deux, trois, quatre prises). Ce traitement est continué jusqu'à la sortie de l'enfant.

Le 27 juillet 1960, l'enfant sort sans traitement et doit être revue deux fois par mois à la consultation. Le tic d'aboiement a disparu ainsi que l'énurésie. Cependant, il persiste des tics de la face et du cou et un comportement particulier : l'enfant est hostile, réticente, indifférente et opposée à sa famille. En août 1960, l'enfant est timide, indifférente. Certains éléments font penser au début d'une dissociation : elle a vu un mort la nuit, s'agit-il d'hallucinations ? Elle a une ébauche d'automatisme mental. On lui prescrit 0,100 g. de thioridazine par jour (en deux prises).

Le premier septembre 1960, l'enfant a une présentation souriante, mais reste toujours aussi indifférente. Elle devient de plus en plus vorace. Elle n'a pas de tics, pas d'énurésie. On continue toujours le même traitement, c'est-à-dire 0,100 g. de thioridazine (en deux prises).

Le 20 octobre 1960, l'enfant a une obésité certaine, elle n'a toujours pas de tics, pas d'énurésie, et son comportement est très amélioré : elle a demandé spontanément à retourner en classe. Elle continue le même traitement, c'est-à-dire 0,100 g. de thioridazine par jour (en deux prises).

Le 24 septembre 1960, amélioration encore plus nette du comportement : non seulement l'enfant va régulièrement en classe, mais encore elle joue à l'école. Elle est beaucoup plus libre avec sa mère. On continue toujours le même traitement, 0,100 g. par jour (en deux prises).

Pendant toute la durée du traitement (six mois), l'enfant n'a présenté aucun incident. Les examens de fond d'œil ont été normaux. Un électroencéphalogramme fait en avril 1960 a donné un tracé normal, une numération globulaire, formule sanguine, faite le 1^{er} janvier 1960, s'est révélée parfaitement normale.

OBS. 16. — S... Arlette.

L'adolescente âgée de quatorze ans est hospitalisée à la Salpêtrière le 5 avril 1960 pour des troubles du comportement.

Histoire de la maladie : le Centre de Margency envoie l'enfant à la Salpêtrière car elle n'est absolument pas sociable, se bat avec les autres filles, les gifle, est très grossière. Elle est sujette à des épisodes dépressifs, suivis de périodes d'excitation pendant lesquelles elle va, vient, rit, chante, se jette sur les-uns pour les embrasser, sur les autres pour les battre. De plus, depuis quelque temps, elle se sent persécutée, a des préoccupations religieuses, des idées de suicide (elle aurait essayé d'enjamber la rampe pour se jeter dans la cage de l'escalier).

Antécédents personnels : la grossesse et l'accouchement sont normaux. L'enfant crie tout de suite. Il semble que le premier développement psycho-moteur ait été normal. A trois ans et demi, l'enfant a une méningite tuberculeuse avec coma. Puis, elle est placée chez une nourrice qui la maltraite : l'enfant y reste jusqu'à l'âge de sept ans, elle vient ensuite habiter chez sa tante. A l'âge de dix ans (1956), l'enfant est hospitalisée à Trousseau pendant un mois et demi environ, pour des crises convulsives. Depuis août 1959, les crises convulsives sont plus fréquentes et, en décembre 1959, Arlette est hospitalisée aux Enfants Malades pour des crises convulsives avec perte de connaissance et morsure de la langue et des lèvres. Elle a également des absences fréquentes. L'examen neurologique à cette date est normal, mais l'enfant est très agitée, très volubile. Pendant

ces absences, elle est très agressive et bat ses proches. L'examen du fond d'œil est normal ainsi que la radio du crâne. Un premier électroencéphalogramme montre l'existence d'un foyer épileptogène temporal droit étendu et très actif, des ondes lentes associées ou non à des pointes ondes, un rythme peu ample, peu net, à sept contractions par seconde. L'enfant est traitée par 0,20 g. par jour (en deux prises) de gardénal et 0,20 g. par jour (deux prises) de dihydantoin. Un deuxième électro-encéphalogramme fait au moment de la sortie (c'est-à-dire après un mois et demi de traitement), montre l'existence d'ondes lentes et de pointes ondes intermittentes sur fond de rythme thêta continu dans la région temporale droite. L'hyperpnée augmente un peu les anomalies mais le tracé est inchangé.

Antécédents familiaux : le père est parti à la naissance de l'enfant. La mère travaille à l'usine, ne s'intéresse guère au sort de sa fille.

Examen clinique : au moment de son hospitalisation, l'examen somatique est normal. Le comportement de l'enfant est spécial : de caractère très difficile, elle se bat et se dispute très souvent avec ses camarades. Elle parle beaucoup.

Les tests montrent qu'il existe un retard intellectuel important : le niveau scolaire est de huit ans environ.

Le Wechsler pour enfants fait le 5 avril 1960, donne un quotient intellectuel verbal à 73, un quotient intellectuel de performance à 80, un quotient intellectuel global à 74. Pendant le test, l'enfant est assez agitée, elle parle beaucoup ; elle rit et s'intéresse à tout ce qui l'entoure, elle manifeste son affection. Dans les épreuves qui l'intéressent, elle fait quelques efforts. Les résultats sont assez homogènes, inférieurs à la moyenne.

L'examen du fond d'œil est normal ainsi que les numérations globulaires, formules sanguines. Un électroencéphalogramme fait le 7 avril 1960 donne un tracé altéré montrant des anomalies diffuses et des signes d'activité épileptique nombreux, temporaux droits.

Traitement : du 5 au 25 avril 1960, l'enfant est traitée par 0,10 g. par jour de gardénal, 0,20 g. par jour de Dihydantoin, 0,100 g. par jour de thioridazine (quatre comprimés). Pendant trois semaines, l'enfant n'a pas de crises convulsives mais elle conti-

nue à être difficile, à se battre, à se disputer avec ses voisines. Du 3 au 16 mai, on essaie le traitement suivant : 0,10 g. par jour de gardénal, 0,20 g. par jour de Dihydan, auxquels on associe le R 616 (nouveau tranquillisant de la série du sarpagan) ; mais ce traitement ne calme toujours pas l'enfant. C'est pourquoi on décide d'essayer à nouveau la thioridazine, mais à doses plus élevées et, pendant un mois environ (du 16 mai au 11 juin 1960), la malade reçoit, en plus du gardénal (0,10 g. par jour) et du Dihydan (0,20 g. par jour), 0,200 g. par jour de thioridazine (quatre comprimés). Deux ou trois jours plus tard, l'enfant est très nettement calmée. Mais le 28 juin 1960, elle fait une crise convulsive avec chute en avant, perte de connaissance, morsure de la lèvre inférieure, égratignures multiples. Une demi-heure après la fin de la crise, l'enfant est parfaitement éveillée, mais elle ne se souvient de rien. Deux jours plus tard, l'examen neurologique montre des réflexes ostéo-tendineux normaux au niveau des membres supérieurs ; au niveau des membres inférieurs, les réflexes rotuliens sont vifs, les réflexes achilléens sont plus faibles, les réflexes cutanés plantaires sont en flexion, les réflexes cutanés abdominaux sont normaux. L'équilibre est normal à l'occlusion des yeux. Il existe un tremblement des extrémités. L'épreuve des index en avant est normale.

Traitement : Gardénal 0,10 g. par jour, Dihydan 0,20 g. par jour, thioridazine 0,250 g. par jour (cinq comprimés). Au cours du traitement par la thioridazine, la malade n'a présenté aucun incident.

En conclusion, cette enfant épileptique avec troubles caractériels, très agitée et agressive a été calmée par la thioridazine qui a, semble-t-il, renforcé les effets du gardénal, Dihydan. Cependant ce traitement n'a pas empêché l'enfant d'avoir une crise d'épilepsie ; quant aux électroencéphalogrammes faits au cours du traitement, ils n'ont pour ainsi dire pas varié puisque celui du 1^{er} juin 1960 montre un tracé identique au précédent, avec des signes de souffrance et d'activité paroxystique à expression étendue temporale droite, et un autre, fait le 1^{er} juillet 1960, donne un tracé du même type que le précédent, montrant la persistance d'un foyer épileptogène à expression temporale droite.

L'enfant sort le 3 septembre 1960 avec le traitement suivant : Dihydan 0,20 g., gardénal 0,10 g. par jour, thioridazine

0,100 g. par jour (deux comprimés). Elle va chez sa mère en attendant un placement.

Obs. 17. — J... Chantal.

L'adolescente, âgée de quinze ans, entre dans le service le 27 avril 1960 pour une dépression avec idées d'autolyse.

Histoire de la maladie : en 1959, après des vacances déplaisantes avec sa mère, Chantal a présenté des douleurs des membres supérieurs et inférieurs, une toux rebelle, une anorexie. Des examens somatiques et un séjour hospitalier confirment leur origine névrotique. Un traitement par Atarax, Equanil, chlorpromazine (dose ?) lui est prescrit, mais elle ne ressent aucune amélioration, c'est pourquoi, en avril 1960, elle est hospitalisée à la Salpêtrière.

Antécédents personnels : la grossesse, l'accouchement et le premier développement psycho-moteur semblent avoir été normaux (il est difficile d'avoir beaucoup de précisions). L'enfant aurait présenté des anomalies de l'électroencéphalogramme (?). Chantal est placée au « Home de Meudon » depuis l'année 1958. Du point de vue scolaire, elle a son certificat d'études primaires, elle souhaiterait passer son B.E.P.C. et travaille aux P.T.T.

Antécédents familiaux : le père, épileptique, est décédé en 1958. La mère est alcoolique. Ils se sont connus lors d'une cure de désintoxication. Par raison de justice, les enfants, au nombre de cinq, ont été retirés à la mère : une sœur de Chantal âgée de 7 ans, aurait un électroencéphalogramme anormal ; les trois frères placés au « Home de Meudon » présenteraient des troubles du comportement avec électroencéphalogramme anormal.

Examen clinique : au moment de son hospitalisation, outre les douleurs dans les membres inférieurs et supérieurs, Chantal se plaint de céphalées, de douleurs dans la nuque. Elle est anorexique. Triste et anxieuse, elle nie penser beaucoup aux scènes qu'elle a vues entre son père et sa mère, à l'alcoolisme de celle-ci. Elle ne s'entend pas très bien avec sa grand-mère maternelle (qui a la responsabilité de l'enfant). Elle a des idées de suicide.

L'examen somatique est rigoureusement normal, de même que l'électroencéphalogramme fait le 27 avril 1960.

Un Wechsler-Bellevue (30 avril 1960) donne un quotient intellectuel verbal à 97, un quotient intellectuel de performance à 93, un quotient intellectuel global à 94. Le comportement de l'enfant pendant le test est un peu spécial. Son attitude est, et n'est pas, par certains côtés, celle d'une déprimée. Elle a des gestes nerveux de tapotement pendant tous les examens. Les réponses et les gestes sont lents.

L'examen psychiatrique conclut à une dépression réactionnelle chez une enfant très anxieuse, ayant peu d'affection et un gros problème scolaire puisqu'elle désire passer le B.E.P.C. alors que son quotient intellectuel est seulement à 94.

Traitement : après un essai de traitement au placebo pendant quatre jours, puis quinze jours de placebo associé au R 616 (quatre cuillerées à soupe par jour), l'enfant est mise le 17 mai 1960 au Tofranil, à raison de 0,075 g., puis 0,100 g., puis 0,125 g. par jour (trois, quatre, cinq, comprimés). Après cinq jours de traitement, l'enfant est moins triste, mais elle reste anxieuse, inactive et agitée. De plus, elle dort mal. Le 21 mai 1960, on adjoint au Tofranil 0,150 g. de thioridazine par jour (en trois prises). Dès le troisième jour de cette association, l'enfant est nettement apaisée. Elle dort bien, recommence à s'occuper. Le traitement Tofranil, thioridazine est poursuivi jusqu'au 23 juin 1960, date à laquelle l'enfant sort pour retourner au « Home de Meudon ».

Un deuxième électroencéphalogramme fait le 9 juin 1960 est normal. Les examens du fond d'œil ont toujours été normaux. Il n'y a eu ni éruption cutanée, ni modification de la tension artérielle, ni galactorrhée, ni syndrome extra-pyramidal, ni sucre, ni albumine dans les urines.

Dans cette observation, il semble que la thioridazine ait potentialisé l'action du Tofranil, cependant, il n'est pas impossible que le Tofranil n'ait eu, à lui seul, la même action, mais légèrement plus tardive. Par contre, la thioridazine a certainement eu une action sédatrice d'autant plus nette que le Tofranil avait eu une action excitante sur la malade.

Obs. 18. — S... Norma.

L'adolescente, âgée de quatorze ans, est hospitalisée à la Salpêtrière le 12 mai 1960 pour de nombreuses fugues, un refus de travail scolaire, une légère dépression.

Histoire de la maladie : entre le 10 avril et le 7 mai 1960, Norma fait cinq fugues. A la suite de la dernière, elle est renvoyée de l'école. Simultanément son caractère change : elle reste de longs moments à rêver, désobéit constamment, n'aide plus du tout sa mère alors qu'elle était serviable auparavant.

Antécédents personnels : la grossesse et l'accouchement sont normaux, le cri immédiat. L'enfant est chez une nourrice jusqu'en 1948, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 2 ans. Il existe un léger retard du premier développement psycho-moteur ; en effet, l'enfant ne marche qu'à deux ans, ne parle qu'à trois ans, mais est propre à quinze mois.

Antécédents familiaux : la mère, bien portante, se remarie et prend Norma avec elle alors que sa fille est âgée de deux ans. Le beau-père est violent, dur (d'après le rapport de police), sans tendresse pour Norma, il la frappe à coups de ceinture. Il semble que, depuis cinq ans, Norma sache que son beau-père n'est pas son vrai père. Une demi-sœur âgée de douze ans est au lycée Jules-Ferry, une autre, âgée de onze ans, est à l'école primaire. Un demi-frère est décédé à l'âge de neuf ans (1956).

Examen clinique : l'examen somatique est normal. L'enfant est en poussée pubertaire. Elle est réglée depuis janvier 1959. L'examen psychiatrique révèle une enfant triste, un peu déprimée. Elle parle peu. Elle finit par expliquer la raison de ses fugues : ses parents sont très sévères, ils l'empêchent de sortir, de s'habiller comme elle veut, ils la punissent par des corrections » (gifle, ou coups de ceinture). Elle a l'impression que sa mère lui préfère ses sœurs.

L'examen du fond d'œil, l'électroencéphalogramme et les numérations globulaires, formules sanguines sont normaux.

Un Wechsler pour enfants est fait le 16 mai 1960. Il donne un quotient intellectuel verbal à 113, un quotient intellectuel de performance à 102, un quotient intellectuel global à 109. Au cours du test, l'enfant est docile, coopérante, elle s'intéresse au test, sur-

tout aux épreuves verbales qu'elle réussit très bien. Intelligente, elle raisonne vite et bien. Elle a une bonne culture générale, de bonnes connaissances scolaires. Elle est moins à l'aise aux épreuves de performance, et, aux cubes de Kohs, elle a une nette difficulté d'orientation qu'elle s'efforce de compenser. Elle a aussi des difficultés d'adaptation aux détails concrets, des compléments d'images et assemblages d'objets. Elle manque un peu d'observation, de sens pratique à ces épreuves. Par contre, elle réussit bien les arrangements d'images, où il s'agit surtout de raisonnement de type verbal.

Des tests projectifs sont faits le 23 mai 1960. Au Rorschach, elle ne manifeste pas d'anxiété particulière dans son attitude mais refuse néanmoins la plupart des planches, ne donnant aux autres que des interprétations extrêmement banales et pauvres. Il est difficile d'avoir une prise sur elle car elle ne se montre ni hostile, ni agressive, ni franchement opposante, mais plutôt indifférente. Elle écarte ce qui la gêne, dit calmement qu'elle ne voit rien, et c'est tout. Elle ne participe pas du tout au test et refuse le contact humain d'une manière presque consciente et voulue. Non seulement elle n'interprète pas l'image banale de la planche III (des deux bonshommes) mais, elle nie formellement, et contre toute évidence, la signification humaine de cette planche, même après qu'on la lui ait fait remarquer. Elle n'accepte le contact que sur un plan tout à fait superficiel établi par elle-même, et que cette attitude de contact soit toujours très ancrée.

Au T.A.T., le comportement est le même. Elle se soumet au test assez docilement, mais ne raconte que de petites histoires tout à fait anodines, scolaires, de petite fille sage. Aucune constellation familiale n'est évoquée, ou alors, d'une manière parfaitement artificielle. Tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes. Dans l'une de ces histoires, cependant, elle exprime très ouvertement, le sentiment d'être traitée injustement par sa mère, et, manifeste brusquement une forte agressivité à l'égard de celle-ci, avec un ton qui laisse peu de doutes sur ses sentiments. Mais, après ce moment de franchise inattendu, le seul de tout le test, elle opère un retrait non moins brusque, et refuse les deux planches suivantes, ce qui montre à quel point elle considère l'extériorisation de ses sentiments profonds comme dangereuse. A la fin du test, elle reprend son attitude habituelle et les dernières histoires sont particulièrement conventionnelles et peu vécues.

Traitement : du 12 mai au 2 juin 1960, l'adolescente est sans traitement, mais, bien que séparée de sa famille, Norma est triste, peu active, refuse de prendre sa température, organise le désordre autour d'elle. Le 31 mai, elle est particulièrement déprimée, elle ne veut pas répondre aux questions, ni aller à

l'école, elle est assez anxieuse. On lui prescrit 0,200 g. par jour (quatre comprimés) de thioridazine. Trois jours après le début du traitement, Norma est beaucoup plus active, plus gaie, elle retourne à l'école du service et elle travaille bien. Elle se préoccupe de son certificat d'études primaires qu'elle désire passer tout en restant à la Salpêtrière ; mais elle envisage, sans enthousiasme, le retour dans sa famille, même pour quelques jours seulement. Le 8 juin 1960, Norma fait une légère poussée thermique due à un épisode infectieux rhinopharyngé. Le 24 juin 1960, elle est brillamment reçue au certificat d'études primaires. Elle sort à la fin du mois de juin, elle doit aller en juillet, à la mer avec sa famille, et passer le mois d'août en colonie de vacances. Au cours du traitement, il n'y a eu aucun incident. En conclusion : chez cette enfant, fugueuse, instable, légèrement déprimée et au mauvais rendement scolaire, la thioridazine a permis une réussite brillante au certificat d'études primaires en calmant l'agitation et l'instabilité de l'adolescente sans l'endormir, et en l'aidant, par son action euphorisante, à surmonter la légère dépression réactionnelle à ses conditions de vie.

Obs. 19. — R... Jacqueline.

L'enfant, âgée de treize ans, est hospitalisée à la Salpêtrière, le 12 mai 1960, pour instabilité, mauvais rendement scolaire, importante opposition à la famille .

Histoire de la maladie : depuis janvier 1960, l'enfant vit à nouveau avec son père et sa belle-mère. Pendant un mois, tout se passe bien, Jacqueline va en classe (cours moyen deuxième année), puis, peu à peu, elle redevient très insolente, fait de l'exhibitionnisme devant ses petits frères, parle uniquement de garçons, de mariage, a un rendement scolaire très mauvais ; et, depuis avril 1960, elle refuse de parler à ses parents.

Antécédents personnels : la naissance et le premier développement psycho-moteur sont normaux. L'enfant vit deux mois avec sa mère, puis est placée en nourrice jusqu'à l'âge de vingt mois. A vingt mois, elle est reprise par son père et sa belle-mère (le père vient de se remarier), puis est envoyée en Auvergne chez la mère de sa belle-mère. A trois ans, elle va au Jardin

d'Enfants ; elle se bat avec les autres enfants mais sans excès. A quatre ans, elle semble accepter la naissance de son demi-frère, mais rapidement, elle essaie de lui faire mal, de le faire tomber. En 1955, à l'âge de huit ans, l'enfant est déjà hospitalisée pour agressivité vis-à-vis de la famille et des enfants de son entourage, renvoi de diverses écoles. Ses troubles ont en fait débuté peu après la naissance de son demi-frère il y a quatre ans. Elle est alors placée chez une nourrice, puis dans deux maisons d'enfants différentes. Elle ne s'adapte nulle part, et est renvoyée de partout. Depuis octobre 1955, l'enfant vit chez sa grand-mère paternelle. En février 1958, Jacqueline revient en consultation à la Salpêtrière. Elle est toujours très opposante et ne fait aucun progrès scolaire. Elle est placée dans un institut médico-pédagogique pour débiles caractériels. En janvier 1960, l'enfant est reprise par sa belle-mère.

Antécédents familiaux : la mère s'est séparée du père de Jacqueline alors que celle-ci était âgée de deux mois. Le père, âgé de quarante-et-un ans, mécanicien, bien portant, se remarie alors que Jacqueline est âgée de vingt mois. La belle-mère, âgée de trente-huit ans, nerveuse, pleure facilement, ne semble pas vraiment aimer Jacqueline. Il y a deux autres enfants du second mariage. Un garçon, âgé de neuf ans, et une fille âgée de un an, tous les deux sont bien portants.

Examen clinique : au moment de son hospitalisation le 12 mai 1960, l'enfant est parfaitement normale du point de vue somatique. Du point de vue psychiatrique, tout examen est impossible. L'enfant refuse de répondre ; elle est complètement muette. Quelques jours plus tard (16 mai 1960), l'enfant reste très réticente, il s'établit un mauvais contact, elle garde les yeux baissés, ne répond qu'à deux ou trois questions concernant la classe, mais il est impossible d'obtenir des renseignements sur sa famille, ses occupations non scolaires, ses distractions. Elle est très inhibée et très opposante. Elle désire retourner chez sa grand-mère paternelle. Par ailleurs, elle est très agitée, instable, très difficile, n'obéit guère aux infirmières, mais elle n'est pas méchante.

Les examens du fond d'œil sont normaux, de même que les numérations globulaires, formules sanguines. L'électroencéphalogramme donne un tracé spontané normal. La réponse à la

stimulation lumineuse intermittente est celle que l'on rencontre dans la comitialité à expression généralisée, à expression photosensible.

Un W.I.S.C. est fait le 16 mai 1960. il donne un quotient intellectuel verbal à 78, un quotient intellectuel de performance à 91, un quotient intellectuel global à 83. Pendant le test, l'enfant refuse tout simplement de collaborer. Elle boude, essaie de se sauver, puis, devant la porte fermée, se rend compte qu'elle ne s'en sortira qu'une fois le test terminé ; elle prend alors les cubes d'un geste hargneux et réussit les trois premiers dessins rapidement. Puis elle s'habitue peu à peu, prend goût aux jeux, sourit victorieusement quand elle réussit. Il semble donc, que son attitude d'opposition ne soit que superficielle, et que, placée dans un milieu favorable, cette fillette pourrait se transformer heureusement. Le résultat est excellent aux cubes de Kohs où elle est rapide et appliquée et meilleure en performance qu'en verbal du fait d'une très irrégulière scolarité, sans doute améliorable.

Traitement : pendant un mois (du 12 mai au 11 juin 1960), l'enfant n'a aucun traitement. Mais, bien que séparée de sa famille, Jacqueline reste à peu près muette à l'interrogatoire, et surtout elle est très instable, très opposante et agressive avec le personnel et avec ses camarades de lit.

Pendant quinze jours (du 11 juin au 1^{er} juillet 1960) on lui donne 0,100 g. par jour (deux comprimés) de thioridazine. Trois ou quatre jours après le début du traitement, l'enfant est plus calme, moins instable, moins agressive, mais elle reste encore très opposante et très peu loquace. Le 1^{er} juillet 1960, on augmente la dose et pendant vingt et un jours (du 1^{er} au 21 juillet 1960), l'enfant prend 0,150 g. par jour (trois comprimés) de thioridazine. L'enfant devient bientôt beaucoup moins opposante, elle parle plus volontiers et accepte d'aller en colonie de vacances ; les parents ne viennent pas la chercher et elle reste à l'hôpital jusqu'en octobre 1960. Pendant le traitement, il n'y a eu aucun incident.

En conclusion : il s'agit d'une enfant ayant de gros troubles caractériels, réactionnels à un rejet familial. La thioridazine a eu une action certaine sur l'instabilité, l'opposition, l'agressivité et le mutisme.

OBS. 20. — Le B... Odile.

L'enfant âgée de onze ans et demi est hospitalisée le treize janvier 1961 pour des troubles caractériels.

En fait, il s'agit d'une enfant extrêmement angoissée, obsédée par des idées bizarres dont elle ne veut pas parler, très triste, stéréotypée, pratiquement muette, avec laquelle il est impossible d'établir un contact.

Du 13 janvier au 13 février 1961, elle est sans traitement, et on fait l'essai d'une psychothérapie, mais le mutisme et l'absence de tout contact, même entre la psychothérapeute et l'enfant font envisager le diagnostic de schizophrénie. On lui fait cinq électrochocs après lesquels, Odile reste très anxieuse, déprimée, mais elle sort un peu de son mutisme et la psychothérapeute commence à avoir un contact avec l'enfant. Du 27 février au 16 mars 1961, on lui donne de la thioridazine à raison de 0,200 g. par jour (en augmentant progressivement les doses : 0, 050 g., 0, 100 g., 0,150 g., enfin 0,200). Trois à quatre jours après le début, l'enfant est nettement moins anxieuse, un peu moins déprimée, mais elle est encore triste et obsédée par « des idées sales » dont elle ne veut pas parler. Le 16 mars, on continue la thioridazine en y associant du Tofranil à doses progressivement croissantes (deux, quatre, cinq comprimés par jour), soit en définitive 0,225 g. par jour. Le 18 avril 1961, l'enfant est beaucoup moins triste, elle n'est plus angoissée, mais le contact avec elle reste minime ; elle n'est pas très active et on envisage deux possibilités, soit augmenter les doses de thioridazine, dans un premier temps et de compléter par une cure de Sackel si le résultat est insuffisant, soit de faire une cure de Sackel d'emblée.

OBS. 21. — B... Gaston.

L'adolescent, âgé de dix-sept ans, est hospitalisé à la Salpêtrière, le 17 janvier 1961, pour des crises d'angoisse, avec colères clastiques et des fugues.

Histoire de la maladie : en août 1960, l'adolescent, après avoir vu « Les dix commandements » au cinéma, délire toute la nuit sur ce thème. Il est très agité. Il s'était couché normalement,

mais en disant : « demain, il y aura un miracle ». A la suite de cet épisode, il reste très agité, a peur d'être seul et son état nécessite un séjour en clinique à Oran où il est traité pendant quinze jours par de la chlorpromazine (dose ?). Trois jours après le début du traitement, il semble aller mieux et il retrouve une vie à peu près normale. En novembre 1960, sa mère, suivant les conseils du médecin, vient à Paris avec son fils (l'enfant a été très impressionné par les attentats, les événements d'Algérie auxquels il aurait assisté). Pendant un mois et demi environ, Gaston se porte bien. Puis, après avoir vu à la télévision un film sur la poliomyélite, l'adolescent a très peur, fait une crise d'angoisse importante, avec agitation extrême, qui l'oblige à être hospitalisé le 22 décembre 1960 à l'Hôpital Saint-Antoine, faute de place à la Salpêtrière. L'état continue à s'aggraver, le malade a des crises de tremblement, d'étouffement sans perte de connaissance, mais deux jours après son hospitalisation à Saint-Antoine, il fait un véritable état de mal qui, associé à l'électroencéphalogramme perturbé, fait envisager une possibilité de tumeur cérébrale et décider une encéphalographie gazeuse fractionnée ; celle-ci est normale. L'adolescent, de plus en plus anxieux, menace de se suicider. C'est pourquoi, la mère signe la pancarte et sort le malade sans traitement. Pendant une semaine, il reste chez lui et semble être un peu mieux. Cependant, les crises d'angoisse reprennent, avec étouffement, tremblement, clignements des yeux, crainte de rester seul, et l'adolescent est hospitalisé à la Salpêtrière.

Antécédents personnels : l'enfant est né à terme mais cyanosé, il a dû être réanimé. Le premier développement psychomoteur a été un peu retardé : assis à huit mois, il marche à deux ans et demi, parle à deux ans mais aurait été propre à deux ans. Il n'a pas eu de crises convulsives.

Antécédents familiaux : le père et la mère sont bien portants. Sur neuf enfants, trois seulement sont vivants : un frère de vingt ans, Gaston, une sœur de treize ans.

Examen clinique : Au moment de l'hospitalisation, l'examen somatique retrouve l'existence d'un globe vésical très important : le malade n'a pas uriné depuis quarante-huit heures. Du point de vue neurologique, il n'y a rien d'anormal. L'examen psychiatrique révèle un malade extrêmement anxieux, légèrement catatonique, se plaignant de douleurs diverses.

Du point de vue scolaire, le rendement est très mauvais, bien que Gaston soit dans la classe de fin d'études. Le niveau intellectuel est extrêmement bas, ainsi que le précise un Wechsler-Bellevue, fait le 6 février 1961 ; le quotient intellectuel verbal est à 64, le quotient intellectuel de performance est à 62, le quotient intellectuel global à 58. Il est difficile de savoir si le niveau obtenu est valable, par suite de l'extrême anxiété du sujet, qui, à chaque instant, interrompt une épreuve pour exprimer sa peur. De toute façon, compte tenu de la maladie, et aussi, de l'arrivée récente dans la métropole, le niveau est sûrement médiocre. La latéralisation droite est normale. Les épreuves de performance sont gênées par un tremblement continu. Le vocabulaire est évidemment pauvre et fruste. L'état anxieux du sujet ne lui permet pas de répéter les chiffres. Les problèmes et l'information, donc les acquisitions scolaires, sont faibles. Des tests projectifs sont faits le 14 février 1961. Devant les tests, le sujet a une attitude accablée et apeurée « j'ai rien fait, Madame », il est confus « je suis embrouillé dans ma tête ». Il faut lui poser beaucoup de questions. Il n'offre pas de résistance pour répondre mais répond souvent à côté en persévérant dans ses réponses.

Au Rorschach, il donne peu de réponses. Le contenu est très pauvre, un peu inconsistant, mais sans incohérences. On note une anxiété diffuse qui peut même l'envahir au point de déclencher des sentiments de peur très forts et des décharges impulsives brusques et incontrôlées. Il ne s'adapte pas aux situations affectives, les refuse ou en a peur et les ressent de façon un peu bizarre. Il les interprète comme des signes de sorcellerie à caractère inquiétant.

Au T.A.T., il a également une adaptation superficielle, banale, mais qui cesse dès qu'il faut décrire des relations humaines. Les personnages sont vaguement perçus. Il ne les situe pas les uns par rapport aux autres. Parfois, cependant, il quitte son attitude passive, asthénique, indécise, « il se lève... il se couche » pour rechercher une protection familiale « moi, j'aime mon père et ma mère, je voudrais les voir », ou pour décrire un conflit violent avec des réactions de défense incontrôlées, impulsives, dans un climat de peur, de danger. A ce moment, il perd toute attitude objective et entre dans un monde délirant, halluciné « la nuit, je vois des yeux rouges, mon oreiller bouge, il y a des diables sous mon lit, le soleil brûle, c'est un grand danger... ».

En résumé, les tests projectifs montrent sur le plan intellectuel, une personnalité appauvrie, confuse, et sur le plan affectif, un déséquilibre et une forte anxiété qui déclenche parfois une activité délirante.

Le 18 janvier 1961, l'électroencéphalogramme montre un tracé d'interprétation difficile, paraissant discrètement anormal

du fait de l'abondance de son contenu lent, sans signes nets de souffrance cérébrale, sans signes d'épilepsie. Le 17 février 1961, l'électroencéphalogramme montre un tracé du même type que le précédent, à contenu thêta, dans les limites de la normale.

En conclusion, il s'agit d'une hystérie certaine à forme anxieuse, mais il faut soulever le problème d'une bouffée délirante ou d'un début de schizophrénie.

Traitement : pendant trois semaines (du 17 janvier au 8 février 1961), le malade est sans traitement. Le 8 février, on institue un traitement à la thioridazine à raison de 0,150 g. par jour (trois comprimés) pendant huit jours. L'angoisse est légèrement apaisée, mais insuffisamment ; à partir du 15 février 1961, on lui donne 0,250 g. par jour (cinq comprimés) de thioridazine. Un mois après le début du traitement, la sortie est envisagée ; en effet, Gaston est calme, il n'a plus de crises d'angoisse ni d'étouffement, il dort bien. Sa mère le reprend le 20 mars 1961.

Le 25 avril 1961, le malade est revu à la consultation, il va à peu près bien, cependant sa mère voudrait le faire hospitaliser pour pouvoir retourner en Algérie. On lui prescrit à nouveau, après un arrêt de trois semaines, 0,300 g. par jour (six comprimés) de thioridazine pendant deux mois.

Au cours du traitement, le malade n'a présenté aucun incident.

OBS. 22. — N... Josiane.

L'adolescente âgée de quinze ans, est hospitalisée à la Salpêtrière, le 25 janvier 1961, pour une dépression avec essai d'autolyse.

Après un certain temps d'observation, le diagnostic de schizophrénie est vraisemblable ; il repose sur le fait que la maladie évolue depuis sept ou huit ans, qu'il s'agit d'une adolescente lente dans ses réactions, présentant une très grande rigidité intellectuelle. Le contact est extrêmement difficile, le quotient intellectuel global est à 96.

Il s'agit donc d'une schizophrénie avec dépression chez une adolescente légèrement débile.

Du 25 janvier 1961 au 19 février 1961, la malade est sans

traitement et l'hospitalisation n'améliore guère son état. Le 18 février, on décide de lui donner simultanément du Tofranil à raison de 0,200 g. par jour (progressivement deux, quatre, cinq, six, huit comprimés) et de la thioridazine à raison de 0,200 g. par jour (progressivement 0,050 g., 0,100 g., 0,150 g., 0,200 g. par jour). La thioridazine est associée au Tofranil parce qu'elle est légèrement euphorisante, parce qu'elle agit électivement sur l'anxiété, parce qu'elle calme l'effet excitant du Tofranil.

Le 14 avril 1961, c'est-à-dire deux mois après le début du traitement, l'amélioration est très nette, en effet, le contact avec la malade est bon ; elle participe aux activités scolaires du service, et on discute la possibilité de lui trouver du travail, ce qu'il était absolument impossible d'espérer, avant tout traitement.

Il n'y a eu, au cours du traitement, aucun incident.

OBS. 23. — F... Géo.

L'adolescent, âgé de quatorze ans et demi, est hospitalisé à la Salpêtrière le 19 mars 1961 pour « crises de nerfs ».

Histoire de la maladie : en novembre 1960, à la suite d'une course à pied compétitive, l'enfant se plaint d'avoir ressenti une chaleur dans tout le corps, des maux de tête et une sensation vertigineuse. Depuis cette date, et à plusieurs reprises, il a des palpitations, des tremblements des extrémités, une sensation d'insécurité à la marche, des douleurs au niveau de la région temporale gauche surtout, il a peur de mourir et une difficulté à s'endormir. Il dit « je sens constamment que je vais mourir » ; « j'ai peur quand je rentre chez nous le soir, qu'il y ait une mauvaise nouvelle, en particulier que mon grand-père soit mort » ; « au début de mon arrivée à Chelles, je craignais que les copains ne se moquent de mon prénom ».

Antécédents personnels : la grossesse et l'accouchement sont normaux, le cri est immédiat. L'enfant est nourri au sein pendant un mois. Le premier développement psycho-moteur est normal. C'est un enfant qui a toujours été nerveux, et a été traité par des calmants (?), vers sept-huit ans. Son rendement scolaire était bon, mais baisse sensiblement depuis deux ans.

En août 1960, il fait une chute d'une meule de foin et tombe sur un objet dur, cependant il ne perd pas connaissance.

Antécédents familiaux : le père a quarante-quatre ans, est bien portant et calme. La mère a quarante-et-un ans, insomniaque. Une fille de onze ans est en cours moyen deuxième année qu'elle suit avec difficulté. Une autre fille de quatre ans est mongolienne.

Examen clinique : au moment de son hospitalisation, l'examen somatique est normal. Du point de vue psychiatrique, l'enfant est très anxieux, il a très peur de mourir, de ne plus pouvoir marcher. L'électroencéphalogramme et l'examen du fond d'œil sont normaux.

Un Wechsler-Bellevue fait le 2 mars 1961, donne un quotient intellectuel verbal à 122, un quotient intellectuel de performance à 116, un quotient intellectuel global à 119. Au cours du test, l'enfant est anxieux et très déprimé, il supporte mal l'isolement, le contact est facile et bon. Il a une bonne intelligence, les résultats sont moyens, les acquisitions scolaires bien assimilées. La latéralisation droite est normale.

En conclusion, il s'agit d'une névrose d'angoisse grave.

Traitement : le 28 mars 1961, on commence un traitement à la thioridazine à raison de 0,150 g. par jour (trois comprimés) pendant six jours. Puis 0,300 g. par jour (six comprimés). Après trois ou quatre jours de traitement, l'enfant est très amélioré, son anxiété diminue, bientôt il ne dit plus qu'il craint de mourir. Après vingt jours de traitement, il est gai, il a un excellent contact avec les infirmières, les médecins et ses camarades de chambre. Il paraît avoir retrouvé un équilibre tout à fait normal, et on autorise la famille à venir lui rendre visite. Trois jours après le début des visites, et bien que le traitement soit maintenu, l'enfant est à nouveau très anxieux, il a peur de mourir, de ne pouvoir marcher. En conclusion, après un mois de traitement (28 mars au 28 avril 1961), il n'y a pas d'amélioration stable. C'est un échec de la thioridazine, mais peut-être, étant donné l'amélioration obtenue avant les visites, faut-il essayer un traitement beaucoup plus prolongé pour avoir un résultat valable.

Quoiqu'il en soit, il n'y a eu aucun incident au cours du traitement.

OBS. 24. — C... Gérard.

L'enfant, âgé de douze ans et demi, est hospitalisé à la Salpêtrière le 21 mars 1961, pour des crises nocturnes d'agitation avec cris.

Histoire de la maladie : en janvier 1961, les parents amènent l'enfant en consultation à l'Hôpital des Enfants Malades pour des crises d'agitation, qui seraient devenues continues de jour et de nuit. Il s'agit de crises d'étouffement avec angoisse, impression de ne plus pouvoir respirer. La crise se prolonge environ trente secondes à une minute, s'arrête, puis recommence. Pour la première fois, en janvier 1961, il y a une ébauche de crise en classe : sensation d'angoisse, l'enfant demande et obtient la permission de sortir, la crise s'arrête et ne s'accompagne d'aucune manifestation motrice. L'examen clinique est négatif et l'enfant est dirigé sur la Salpêtrière. On essaie de le traiter par : procalmadiol 0,60 g. par jour (en trois prises) associé au calcibronat. Le 25 février 1961, il revient à la consultation : il y a une nette aggravation des crises ; ni l'enfant, ni la famille ne peuvent dormir car les crises d'étouffement se répètent avec un très léger intervalle libre, et le traitement (Procalmadiol 0,60 g. par jour en trois prises, Noziman 0,075 g. par jour en trois prises, et un Epanal 5), est insuffisant à calmer l'enfant.

Antécédents personnels : la grossesse et l'accouchement sont normaux, le cri immédiat. Le premier développement psychomoteur est normal (marche à seize mois, premiers mots à dix mois, premières phrases à deux ans), l'enfant est énurétique jusqu'à l'âge de cinq ans. Du point de vue scolaire, il va à l'école maternelle, puis à la grande école, à l'âge de six ans, d'abord au cours préparatoire, puis au cours élémentaire, mais il redouble le cours moyen. Actuellement, il est dans la classe du certificat d'études primaires. En septembre 1958 (à l'âge de dix ans), l'enfant est hospitalisé, pendant un mois, à l'hôpital des Enfants Malades, et, hospitalisé une seconde fois pendant un mois en novembre 1960. Durant son séjour à l'hôpital, il a

eu plusieurs « crises nocturnes » : agitation, tics de reniflement et de souffle bruyant, saut du sol sur son lit, grands bonds sur le lit. Ces manifestations ont paru guérir par compression oculaire et épigastrique associées à une psychothérapie. Tous les examens faits ont été négatifs : les examens du fond d'œil, la radio du crâne, la numération globulaire, formule sanguine, ainsi que deux électroencéphalogrammes.

Ces crises de terreurs nocturnes sont apparues à la naissance du deuxième enfant ; Gérard a toujours manifesté une jalousie intense et soutenue à l'égard de son frère cadet (qui a cinq ans de moins), qu'il bat avec le désir de lui faire mal comme il l'expose très nettement. Puis, pendant un temps très court, ces crises ont disparu.

Antécédents familiaux : le père est bien portant, peu patient, il semble avoir une certaine tendance obsessionnelle. La mère, au foyer, est nerveuse parce que très fatiguée. Il y a trois autres enfants, un garçon âgé de sept ans et demi, un garçon âgé de cinq ans, une fille âgée de quatre ans. Gérard est très affectueux avec les deux plus jeunes enfants.

Examen clinique : au moment de son hospitalisation (21 mars 1961), l'examen somatique est normal. Du point de vue psychiatrique, l'enfant est très anxieux. Il ne dort pas et fait des crises nocturnes presque subintrantes, malgré un traitement intense, comprenant chlorpromazine 0,025 g., gardénal 0,05 g., Halopéridol XXII gouttes. Il est très affecté par cet état et dit « si j'étais mort, je serais tranquille ». Un électroencéphalogramme fait le 28 mars 1961 donne un tracé normal. L'examen du fond d'œil (18 avril 1961) est normal également.

Un Wechsler-Bellevue montre qu'il s'agit d'un enfant intelligent. Le quotient intellectuel verbal est à 103, le quotient intellectuel de performance est à 103, le quotient intellectuel global est à 103. Le sujet est très coopérant. Les résultats sont moins bons dès qu'il s'agit de structuration. Il y a un équilibre entre les deux échelles.

Traitement : du 21 mars au 4 avril 1961, l'enfant n'a aucun traitement. Seules les visites familiales sont interdites. Mais, l'état de l'enfant ne s'améliore pas. L'anxiété est toujours très grande et les crises nocturnes se répètent toujours toutes les

nuits. Le 4 avril, on commence un traitement à la thioridazine à raison de 0,300 g. par jour (six comprimés). Huit jours après le début de la thioridazine, l'enfant est beaucoup moins anxieux, ses crises rétrocedent et disparaissent complètement, si bien qu'après quinze jours de traitement, on autorise les visites de la famille. L'amélioration se maintient et l'enfant sort le 29 avril 1961 ; il retourne dans sa famille avec un traitement de thioridazine à raison de 0,300 g. par jour.

Au cours de ce traitement de trois semaines environ, du 4 au 29 avril 1961, l'enfant n'a présenté aucun incident, bien que la dose totale de thioridazine (sept grammes huit cent) reçue ait été importante.

En conclusion, cette névrose d'angoisse grave, chez un enfant de douze ans et demi, est très améliorée et sera peut-être guérie... mais il faut encore un peu de recul.

CONCLUSIONS

Pendant un an et demi, la thioridazine (1), nouveau dérivé de la phénothiazine, a été prescrite à très fortes doses à des enfants âgés de sept à vingt ans, atteints de troubles névrotiques ou psychotiques. Chez vingt-quatre malades, nous avons observé dix-huit évolutions très favorables, cinq échecs complets, un résultat très moyen.

Les doses employées ont varié entre 0,100 g. et 0,300 g. par jour, avec, semble-t-il, une efficacité très bonne pour des doses moyennes de 0,150 g. à 0,200 g. par jour.

1° La tolérance au produit est excellente. Il n'entraîne aucune somnolence, aucune apathie. Nous n'avons observé, contrairement aux autres dérivés du même type, aucune éruption cutanée (même aux doses élevées) pas de modification de la numération globulaire, formule sanguine, si ce n'est (dans un cas) au début du traitement, une leucopénie légère (4.500 globules blancs) avec neutropénie, transitoire et qui s'est réparée sans arrêt du médicament.

Les examens du fond d'œil, la tension artérielle, les électroencéphalogrammes n'ont pas varié.

Nous n'avons trouvé ni sucre, ni albumine dans les urines.

Du point de vue neurologique, nous n'avons jamais observé de syndrome extra-pyramidal et il nous a même été donné de voir régresser sous thioridazine, dans deux cas, un syndrome extra-pyramidal très marqué, déterminé par la prise de doses importantes de chlorpromazine ou de réserpine.

(1) Spécialisée par les Laboratoires Sandoz sous le nom de Mèlléril.

Enfin, aucun des malades traités par la thioridazine n'a présenté ni galactorrhée, ni troubles hépatiques.

Il nous a été signalé (une ou deux fois) une légère sécheresse de la bouche.

2° Dans certains cas, peut-être, la thioridazine favoriserait-elle une augmentation du poids.

3° Elle agit électivement sur l'anxiété quel qu'en soit l'origine.

4° Elle apaise l'agitation quelle qu'en soit la forme et l'étiologie.

5° Elle a une action euphorisante et tonique.

6° Elle agit à nouveau, et avec autant d'efficacité lorsqu'il y a une rechute.

En conclusion, il semble par conséquent, que les indications de la thioridazine soient les suivantes :

1. la schizophrénie, surtout lorsque la note anxieuse est très importante ;
2. les névroses d'angoisse ;
3. les tics ;
4. les troubles du comportement, avec agitation et instabilité psychomotrice des débiles, des comitiaux, des chorées de Sydenham ;
5. les bouffées délirantes ;
6. les dépressions légères.

Les doses employées sont en moyenne de l'ordre de 0,100 g. à 0,200 g. par jour, en deux, trois ou quatre prises (comprimés dosés à 0,050 g.), avec, dans les cas graves, avantage à augmenter la dose jusqu'à 0,300 g. par jour.

Il semble préférable de commencer le traitement par des doses progressivement croissantes, pour atteindre la dose maxi-

ma en trois ou quatre jours, lorsqu'elle est importante ; de prolonger le traitement, une fois la période aiguë terminée, un temps suffisant (quelquefois deux ou trois mois) à doses fortes, puis de poursuivre, à doses plus faibles (un temps variable suivant le résultat obtenu) avant de l'arrêter complètement.

Vu, le Doyen :

L. BINET

Vu, le Président :

L. MICHAUX

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur :

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- [1] BACH J.-M., FLEESON W. — Granulocyte suppression with thioridazine hydrochloride. *J. Amer. med. Ass.*, 173, 793 (1960).
- [2] BARSÁ J.-A., SAUNDERS J.-C. — (Rockland State Hosp., Orangeburg N.Y.). Thioridazine (Mellaril) in the treatment of chronic schizophrenics. *Amer. J. Psychiat.*, 116, 1028-1029 (1960).
- [3] BERGOUIGNAN M., DEMANGEAT M., SEILHEAN A. — Résultats obtenus avec la thioridazine (T.P. 21 ou Mellaril) seule ou associée, dans quelques affections mentales. *Ann. méd. psychol.*, 118, 565 (1960).
- [4] COHEN S. — TP-21, a new phenothiazine. *Amer. J. Psychiatr.*, 115, 358 (1958).
- [5] DELAY J., PICHOT P., LEMPÉRIÈRE T., ELISSALDE B. — Essais cliniques d'un nouveau neuroleptique, la thioridazine. *Ann. méd. psychol.*, Paris 117, T. 1, 724-729 (1959).
- [6] HENNE M., TONNEL M., HENNE S. — Résultats personnels de l'usage de la thioridazine. Essais de fortes doses. *Ann. médico-psychol.*, 119, 1, 324 (1961).
- [7] KINROSS-WRIGHT V.-J. — (Baylor Univ. Coll. of Med. et Houston State Psychiat. Inst., Houston, Texas). Evaluation of a new tranquilizing drug : thioridazine. Scientific Exhibit. The Academy of Psychosomatic Medicine, Cleveland, Ohio. October 1959.
- [8] MAY R.-H., SELYMES P., WEEKLEY R.-D., POTTS A.-M. — Thioridazine therapy : results and complications. *J. nerv. ment. Dis.*, 130, 230-234 (1960).
- [9] MORRISON S.-B. — Transient visual symptoms associated with Mellaril medication. *Amer. J. Psychiat.*, 116, 1032-1033 (1960).
- [10] NARROS MARTIN G., CARRANZA SANCHEZ L. — Resultados del TP-21 en el enfermo mental crónico. *Med. clin. (Barcelona)* 33, 271-275 (1959).

- [11] RENTSCH M. — Klinische Erfahrungen mit Thioridazin (Melleril) in der Pädiatrie. *Med. et Hyg.* (Genève) 18, 140-143 (1960).
- [12] RISER M., GAYRAL L., BENAZET J., STERN H. — (Toulouse) Notes sur quelques indications de la Thioridazine. *Ann. médico-psychol.*, 118, 11, 558 (1960).
- [13] SAAVEDRA A., MARIATEGUI J. — La tioridacina en psiquiatria. *Rev. Neuro-psiquiat.*, 22, 585-630 (1959).
- [14] SEGUIN J. — Contribution à l'étude de l'action thérapeutique du « Melleril 50 » en milieu hospitalier. Thèse Paris 1960.
- [15] WEBER J.-R. — (Rorschach) Melleril in der täglichen Kinder praxis. *Praxis*, 49, 602-605 (1960).
- [16] WEEKLEY R.-D., POTTS A.-M., REBOTON J., MAY R.-H. — Pigmentary retinopathy in patients receiving high doses of a new phenothiazine. *A.M.A. Arch. Ophthal.*, 64, 65-76 (1960).
- [17] WRIGHT R.-L.-D., KYNE W.-P. — (Toronto). A clinical and experimental comparison of four anti-schizophrenic drugs. *Psycho-pharmacologia*, 1, 437 (1960).
- [18] ZARLING V.-R., HOGAN J. — (Mineapolis, Minn.). Control of the organic hyperkinetic behavior syndrome in the elementary school child. Scientific Exhibit. *American Academy of Pediatrics*. October 1959. Chicago, 111.

TABLE DES MATIERES

Etude chimique et pharmacodynamique	1
Etude clinique	3
Observations	6
Conclusions	71
Bibliographie	75

Librairie ARNETTE à Paris

Imp. Bosc Frères, Lyon - Dépôt légal N° 2652 - 1^{er} Trimestre 1962

